



PERÚ

Ministerio
de SaludHospital de Emergencias
Villa El Salvador

"Decenio de la Igualdad de oportunidades para mujeres y hombres"
"Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia,
y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho"

N° 188 -2024-DE-HEVES

RESOLUCIÓN DIRECTORAL

Villa El Salvador,

28 JUN. 2024

VISTO:

El Expediente N° 24-009170-001, que contiene el Proveído N° 016-2024-UGC-HEVES de fecha 28.06.24 y el Informe N° 0001-2024-MC-UGC-HEVES de fecha 28.06.24, ambos de la Unidad de Gestión de la Calidad, y;

CONSIDERANDO:

Que, los numerales I, II y IX del Título Preliminar de la Ley N° 26842, Ley General de Salud, establece que: *La salud es condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo; la protección de la salud es de interés público. Por tanto, es responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla; y la norma de salud es de orden público y regula materia sanitaria, así como la protección del ambiente para la salud y la asistencia médica para la recuperación y rehabilitación de la salud de las personas. Nadie puede pactar en contra de ella;*

Que, la Ley N° 29414, Ley que establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud, y su respectivo Reglamento aprobado mediante Decreto Supremo N° 027-2015-SA, que tiene como objeto reglamentar la referida Ley, precisando el alcance de los derechos de acceso a los servicios de salud, a la atención integral de la salud que comprende la promoción de la salud, la prevención de enfermedades, el tratamiento, recuperación y rehabilitación de la salud; así como el acceso a la información y consentimiento informado;

Que, el artículo 16 del Manual de Operaciones (MOP) del Hospital de Emergencias Villa El Salvador, aprobado con la Resolución Jefatural N° 381-2016-IGSS, establece que la Unidad de Gestión de la Calidad es la unidad orgánica encargada de la Implementación de los principios, normas, metodologías y procesos del Sistema de Gestión de la Calidad en salud, para promover la mejora continua de los servicios;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 826-2021/MINSA, que aprobó el documento denominado Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud, el cual establece en el numeral 6.1.2 que, la Directiva, es el documento normativo con el que se establece aspectos técnicos y operativos en materias específicas, y cuya emisión puede obedecer a lo dispuesto en una norma legal de carácter general o de una NTS, denominándose Directiva Sanitaria, por estar dirigida a temas de ámbitos sanitario;

Que, mediante Resolución Directoral N° 236-2019-DE-HEVES de fecha 29.12.19, se aprobó la Directiva Sanitaria N° 003-HEVES-2019-DE-UGC-V.2 "Sistema de Registro, Notificación y Análisis de los incidentes, eventos adversos y eventos centinela en el Hospital de Emergencias Villa El Salvador";

Que, en atención al Proveído N° 016-2024-UGC-HEVES de fecha 28.06.24, el Informe N° 0003-2024-SP-UGC-HEVES de fecha 28.06.24, el Informe N° 0001-2024-MC-UGC-HEVES de fecha 28.06.24, la Unidad de Gestión de la Calidad remite el Proyecto de Documento Normativo DIRECTIVA SANITARIA N° 002-HEVES/2024/UGC/V.03 DIRECTIVA SANITARIA PARA EL REGISTRO, NOTIFICACIÓN Y GESTIÓN DE INCIDENTES, EVENTOS ADVERSOS Y EVENTOS CENTINELAS EN EL HOSPITAL DE EMERGENCIAS VILLA EL SALVADOR y la opinión técnica correspondiente, para su aprobación mediante acto resolutivo correspondiente;

Que, la referida Directiva Sanitaria tiene por objetivo general optimizar los procedimientos para el registro, notificación y gestión de los eventos relacionados con la seguridad del paciente en el Hospital de Emergencias Villa El Salvador;

Que, mediante Informe N° 063-2024/UAJ-HEVES de fecha 28.06.24, la Unidad de Asesoría Jurídica emite la opinión favorable correspondiente;



Y. RAMÍREZ



DONAYPE C.



LAUREZ M.



PERÚ

Ministerio
de SaludHospital de Emergencias
Villa El Salvador

"Decenio de la Igualdad de oportunidades para mujeres y hombres"
"Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia,
y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho"

Que, asimismo, la referida propuesta de DIRECTIVA, cumple con las disposiciones previstas en las "Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud", aprobadas por Resolución Ministerial N° 826-2021/MINSA de fecha 05.07.21 y la Resolución Directoral N°160-2021-HEVES, Directiva Administrativa N° 001/HEVES/2021/OPP/V.01, "Directiva Administrativa para la elaboración de documentos Normativos en el Hospital de Emergencias Villa El Salvador";

Que, con la finalidad de continuar con el desarrollo de las actividades y procesos técnico-administrativos a nivel institucional, resulta pertinente atender lo solicitado por la Unidad de Gestión de la Calidad, y en consecuencia emitir el correspondiente acto resolutivo, aprobando la DIRECTIVA SANITARIA N° 002-HEVES/2024/UGC/V.03 DIRECTIVA SANITARIA PARA EL REGISTRO, NOTIFICACIÓN Y GESTIÓN DE INCIDENTES, EVENTOS ADVERSOS Y EVENTOS CENTINELAS EN EL HOSPITAL DE EMERGENCIAS VILLA EL SALVADOR, de acuerdo al marco normativo vigente;

Que, el Artículo 10° Literal c) del Manual de Operaciones (MOP) del Hospital de Emergencias Villa El Salvador, aprobado por Resolución Jefatural N° 381-2016-IGSS de fecha 27.05.16, establece las atribuciones y responsabilidades del Director Ejecutivo, entre las cuales se encuentra, la prerrogativa de expedir Resoluciones Directorales en asuntos que sean de su competencia, y en tal sentido, es su prerrogativa aprobar instrumentos técnicos para el mejor desarrollo y cumplimiento de las actividades institucionales del Hospital de Emergencias Villa El Salvador;

Con la visación del Jefe de la Unidad de Asesoría Jurídica y el Jefe de la Unidad de Gestión de la Calidad, del Hospital de Emergencias Villa El Salvador; y

De conformidad con las normas contenidas en la Ley N° 26842, Ley General de Salud, y sus modificatorias; la Ley N° 29414, Ley que establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud; el Decreto Legislativo N° 1161, Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud; el Decreto Supremo N° 008-2017-SA, modificado por el Decreto Supremo N°011-2017-SA, que aprobó el Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud; la Resolución Ministerial N° 826-2021/MINSA, que aprobó el documento denominado Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud; y el Manual de Operaciones (MOP) del Hospital de Emergencias Villa El Salvador, aprobado por Resolución Jefatural N° 381-2016-IGSS; y

SE RESUELVE:

ARTÍCULO PRIMERO.- APROBAR la DIRECTIVA SANITARIA N° 002-HEVES/2024/UGC/V.03 DIRECTIVA SANITARIA PARA EL REGISTRO, NOTIFICACIÓN Y GESTIÓN DE INCIDENTES, EVENTOS ADVERSOS Y EVENTOS CENTINELAS EN EL HOSPITAL DE EMERGENCIAS VILLA EL SALVADOR, por las consideraciones expuestas, el cual consta de veinte (20) folios, y que forma parte de la presente Resolución Directoral.

ARTÍCULO SEGUNDO.- Dejar sin efecto, la Resolución Directoral N° 236-2019-DE-HEVES de fecha 29.12.19.

ARTÍCULO TERCERO.- DISPONER que la Unidad de Comunicaciones e Imagen Institucional, publique la presente Resolución Directoral, en el portal institucional del Hospital de Emergencias Villa El Salvador.

REGÍSTRESE, COMUNÍQUESE y CÚMPLASE.

YRR/JSO/C/JHJM/ERRC.

Distribución:

- () Unidad de Asesoría Jurídica.
- () Unidad de Gestión de la Calidad.
- () Unidad de Comunicaciones e Imagen Institucional.
- () Archivo.



MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL DE EMERGENCIAS DE VILLA EL SALVADOR
M.C. YSOE RIGOBERTO RAMÍREZ JIMÉNEZ
CMP 12553 RNE 4766
DIRECTOR DE HOSPITAL II

DIRECTIVA SANITARIA N°002-HEVES/2024/ UGC/V.03

"DIRECTIVA SANITARIA PARA EL REGISTRO, NOTIFICACIÓN Y GESTIÓN DE INCIDENTES, EVENTOS ADVERSOS Y EVENTOS CENTINELAS EN EL HOSPITAL DE EMERGENCIAS VILLA EL SALVADOR"

I. FINALIDAD

Contribuir a mejorar la calidad de la atención y la seguridad de los pacientes que acuden al Hospital de Emergencias Villa El Salvador, minimizando el riesgo de eventos relacionados con la seguridad del paciente durante el proceso de atención.

II. OBJETIVO

2.1. Objetivo General

Optimizar los procedimientos para el registro, notificación y gestión de los eventos relacionados con la seguridad del paciente en el Hospital de Emergencias Villa El Salvador.

2.2. Objetivos Específicos

- 2.2.1. Estandarizar el procedimiento de identificación y comunicación de los incidentes, eventos adversos y eventos centinelas en el Hospital de Emergencias Villa El Salvador.
- 2.2.2. Estandarizar el procedimiento de registro de los incidentes, eventos adversos y eventos centinelas en el Hospital de Emergencias Villa El Salvador.
- 2.2.3. Estandarizar el procedimiento de notificación de los incidentes, eventos adversos y eventos centinelas en el Hospital de Emergencias Villa El Salvador.
- 2.2.4. Establecer el procedimiento de gestión de los incidentes, eventos adversos y eventos centinelas en el Hospital de Emergencias Villa El Salvador.

III. ÁMBITO DE APLICACIÓN

La presente Directiva Sanitaria es de aplicación y cumplimiento obligatorio en todas las unidades de organización del Hospital de Emergencias Villa El Salvador.

IV. BASE LEGAL

- 4.1. Ley N°26842, Ley General de Salud, y sus modificatorias.
- 4.2. Ley N°27657, Ley del Ministerio de Salud.
- 4.3. Ley N°29344, Ley Marco del Aseguramiento Universal en Salud.
- 4.4. Ley N°29414, Ley que establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud.
- 4.5. Decreto Legislativo N°1161, Decreto Legislativo que aprueba la Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, y sus modificatorias.
- 4.6. Decreto Supremo N°013-2006-SA, aprueba el Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.
- 4.7. Decreto Supremo N°031-2014-SA, que aprueba el Reglamento de Infracciones y Sanciones de la Superintendencia Nacional de Salud – SUSALUD.



DIRECTIVA SANITARIA N°002-HEVES/2024/ UGC/V.03
"DIRECTIVA SANITARIA PARA EL REGISTRO, NOTIFICACIÓN Y GESTIÓN DE INCIDENTES, EVENTOS ADVERSOS Y
EVENTOS CENTINELAS EN EL HOSPITAL DE EMERGENCIAS VILLA EL SALVADOR

- 4.8. Decreto Supremo N°008-2017-SA, que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud.
- 4.9. Resolución Ministerial N°489-2005/MINSA, que aprueba la Norma Técnica N° 031-MINSA/DGSP V.01 Norma Técnica de los Servicios de Cuidados Intensivos e Intermedios, y sus modificatorias.
- 4.10. Resolución Ministerial N°519-2006/MINSA, que aprueba el Documento Técnico "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud".
- 4.11. Resolución Ministerial N°456-2007/MINSA, que aprueba la Norma Técnica N° 050 "Norma Técnica de Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo".
- 4.12. Resolución Ministerial N°727-2009/MINSA, que aprueba la Política Nacional de Calidad en Salud.
- 4.13. Resolución Ministerial N°372-2011/MINSA, que aprueba la Guía Técnica de Procedimientos de Limpieza y Desinfección de ambientes en los Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.
- 4.14. Resolución Ministerial N°546-2011/MINSA, que aprueba la NTS N° 096-MINSA/DIGESA-V01, Norma Técnica de Salud: Categorías de Establecimientos del Sector Salud.
- 4.15. Resolución Ministerial N°168-2015/MINSA, que aprueba el Documento Técnico Lineamiento para la Vigilancia, Prevención y Control de las Infecciones Asociadas a la Atención de Salud.
- 4.16. Resolución Ministerial N°255-2016/MINSA, que aprueba la "Guía Técnica para la Implementación del Proceso de Higiene de Manos en los Establecimientos de Salud".
- 4.17. Resolución Ministerial N°1295-2018/MINSA, que aprueba la NTS N° 144-MINSA/2018/DIGESA: "Norma Técnica de Salud: Gestión Integral y Manejo de Residuos Sólidos en Establecimientos de Salud, Servicios Médicos de Apoyo y Centros de Investigación".
- 4.18. Resolución Ministerial N° 163-2020-MINSA, que aprueba la Directiva Sanitaria N°92-MINSA/2020/DGAIN: "Directiva Sanitaria de Rondas de Seguridad del Paciente para la gestión del riesgo en la atención de salud"
- 4.19. Resolución Ministerial N°826-2021/MINSA, que aprueba el documento denominado "Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud".
- 4.20. Resolución Jefatural N°327-2016/IGSS, que crea el Establecimiento de Salud denominado "Hospital de Emergencias Villa El Salvador".
- 4.21. Resolución Jefatural N°381-2016/IGSS, que aprueba el Manual de Operaciones del Hospital de Emergencias Villa El Salvador.
- 4.22. Resolución Jefatural N°631-2016/IGSS, que aprueba la Directiva Sanitaria N° 005-IGSS/V.01 "Sistema de Registro y Notificación de Incidentes, Eventos Adversos y Eventos Centinelas".
- 4.23. Resolución Jefatural N°764-2016/IGSS, que aprueba la Directiva Sanitaria N° 009-IGSS/V.01 "Análisis de los Eventos Centinelas en las IPRESS y UGIPRESS del Instituto de Gestión de Servicios de Salud".
- 4.24. Resolución Administrativa N°21419-DMYGS-DIRIS- LS/MINSA, que otorga al establecimiento de salud "Hospital de Emergencias Villa El Salvador"; la



Categorización de Hospital de Atención General, con Nivel de Complejidad II-2 del Segundo Nivel de Atención.

- 4.25. Resolución Directoral N°63-2024-DE-HEVES, que aprueba el "Plan Anual de Trabajo de la Unidad de Gestión de la Calidad del Hospital de Emergencias Villa El Salvador- Año 2024".

V. DISPOSICIONES GENERALES

5.1. Definiciones Operativas:

- 5.1.1. **Acciones de Mejora:** Conjunto de acciones preventivas, correctivas y de innovación en los procesos de la organización que agregan valor a los productos.
- 5.1.2. **Análisis:** Proceso sistemático e iterativo mediante el cual se identifican los factores que contribuyen a un incidente reconstruyendo la secuencia de sucesos y preguntándose repetidamente por qué, hasta que se hayan elucidado las causas profundas subyacentes.
- 5.1.3. **Análisis de Modos de Fallas y Efectos (AMFE):** es una herramienta para realizar un análisis sistemático y proactivo de un proceso en el que pueden ocurrir daños.
- 5.1.1. **Análisis Causa Raíz:** Es una metodología de análisis basada en los múltiples factores que pueden llevar a la ocurrencia de un error. Parte del principio de que todo evento adverso se origina en una causa raíz, que da origen a los demás factores que se identifican en el análisis.
- 5.1.2. **Asistencia Técnica:** Es el proceso planificado, permanente e interactivo mediante el cual se fortalecen los conocimientos, habilidades y destrezas de una unidad de organización que requiere de ella, por parte de otra unidad de organización con experiencia técnica y competencias funcionales para hacerlo.
- 5.1.3. **Atención en Salud:** Servicio recibido por los individuos o las poblaciones para promover, mantener, monitorizar o restaurar la salud.
- 5.1.4. **Barrera de Seguridad:** Son restricciones administrativas técnicas que puede detener la falla activa, evitar el daño o la producción del error.
- 5.1.5. **Complicación:** Es el daño o resultado clínico no esperado no atribuible a la atención en salud sino a la enfermedad o a las condiciones propias del paciente.
- 5.1.6. **Contexto Clínico:** Condición Clínica del paciente en el momento en que se ejecutó la acción insegura (Ejem.: hemorragia severa, hipotensión progresiva, etc.). Esta es información crucial para entender las circunstancias del momento en que ocurrió la falla.
- 5.1.7. **Cultura de Seguridad:** Es el patrón integrado de comportamiento individual y de la organización, basado en creencias y valores compartidos, que busca continuamente reducir al mínimo el daño que podría sufrir el paciente como consecuencia de los procesos de atención en salud.
- 5.1.8. **Daño:** Cualquier lesión física o psicológica o perjuicios a la salud de una persona, incluyendo tanto las lesiones temporales y permanentes.
- 5.1.9. **Error:** Es el fracaso de una acción planeada para el logro de un resultado esperado o el uso de un plan equivocado para lograr un objetivo (comisión).



Esta definición también incluye la falta de una acción no planificada que debería haber sido realizado (omisión).

5.1.10. Evento Relacionado con la Seguridad del Paciente (ERSP):

Circunstancia que directa o indirectamente ocurre al paciente o que le atañe y que podría resultar o resultó en un daño imprevisto al paciente como resultado de una falla del sistema, una falla del equipo o un error humano. Incluye el evento adverso, evento centinela e incidente.

5.1.11. Evento adverso: Una lesión o resultado indeseado, no intencional, en la salud del paciente, directamente asociado con la atención de salud. Puede estar causado por errores o por la imprevisible reacción del organismo del paciente

5.1.12. Evento Centinela: Evento adverso que produce la muerte o un daño físico o psicológico severo de carácter permanente, que no estaba presente anteriormente y que requiere tratamiento permanente o cambio en el estilo de vida cuya ocurrencia debe interpretarse como una señal de alarma para el sistema de vigilancia de la calidad en atención. No todos los eventos adversos son eventos centinela.

5.1.13. Factor Contributivo: Circunstancia, acción o influencia que se considera que ha desempeñado un papel en el origen o la evolución de un incidente o que ha aumentado el riesgo de que se produzca.

5.1.14. Incidente: Suceso imprevisto y no intencional durante la atención de salud que no ha causado daño, pero que susceptible de provocarlo en otras circunstancias. El daño que podría haber ocasionado al paciente es innecesario e imprevisto. Cuando un incidente causa daño o lesión se denomina evento adverso.

5.1.15. Infección Asociada a la Atención de Salud: Es aquella condición local o sistémica resultante de una reacción adversa a la presencia de un agente infeccioso o a su toxina(s) que ocurre en un paciente en un escenario de atención en salud (hospitalización o atención ambulatoria) y que no estaba presente en el momento de la admisión, a menos que la infección esté relacionada a una admisión previa. Así mismo incluye las infecciones ocupacionales contraídas por el personal sanitario.

5.1.16. Infección de Sitio Quirúrgico: Infección que se en la herida operatoria dentro de los 30 días de un procedimiento quirúrgico.

5.1.17. Infección del Tracto Urinario asociado a catéter: Infección del trato urinario que se produce en un paciente que ha tenido un catéter urinario permanente dentro del período de 7 días antes del inicio de la Infección del trato urinario.

5.1.18. Infección del Torrente sanguíneo asociada a catéter central: Infecciones del torrente sanguíneo que están asociados con la presencia de un catéter central o umbilical en los recién nacidos en el momento o antes del inicio de la infección.

5.1.19. Intervención: Acción o acciones dirigidas a interrumpir el curso de acontecimientos que ya están en marcha. En el sentido más general, el acto o hecho de interferir con el propósito de modificar favorablemente un estado.

5.1.20. Mitigación: Una acción o circunstancia que evita o controla la progresión de un incidente hacia hacerle daño a un paciente.

5.1.21. Notificación: Es la acción por la cual la Unidad de Gestión de la Calidad, pone de conocimiento a los responsables del análisis y gestión de los Eventos



Relacionados con la Seguridad del Paciente (ERSP), mediante la identificación, validación, codificación y priorización de los Eventos Relacionados con la Seguridad del Paciente (ERSP).

- 5.1.22. Plan de acción:** Documento debidamente estructurado, por medio del cual se busca materializar objetivos previamente establecidos, dotándolos de elementos cuantitativos y verificables a lo largo del proyecto.
- 5.1.23. Primera Víctima:** Paciente que sufre un Evento Adverso (EA). También se considera primera víctima a los familiares y amigos cercanos del paciente afectado.
- 5.1.24. Protocolo de Londres:** Es un método utilizado para el análisis de los eventos adversos, su propósito es facilitar la investigación clara y objetiva mirando el proceso de atención desde un enfoque sistémico más amplio (multicausal) para encontrar las brechas e incorrecciones involucradas en todo el sistema del cuidado de la salud. En él se involucran todos los niveles de la organización, incluyendo la alta dirección.
- 5.1.25. Reacción Adversa a medicamentos:** Respuesta indeseable asociado al uso de un medicamento que compromete la eficacia terapéutica, incrementa la toxicidad o ambos.
- 5.1.26. Registro:** Es la acción mediante la cual, cualquier trabajador de una Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPRESS), informa a través del Sistema Informático u otro medio disponible desarrollado para dicho fin a la Unidad de Gestión de la Calidad, sobre un probable evento relacionado con la seguridad del paciente, describiendo los hechos de los que fue testigo.
- 5.1.27. Riesgo:** Probabilidad de ocurrencia de un evento relacionado con la seguridad del paciente dentro del proceso de atención en Salud.
- 5.1.28. Segunda Víctima:** Todo profesional sanitario que participa en un Evento Adverso (EA), un error médico o una lesión relacionada con el paciente, no esperada y que se convierte en víctima en el sentido que queda traumatizado por el evento.
- 5.1.29. Seguridad del Paciente:** Es la prevención y mitigación de los daños causados por errores de omisión o comisión que se asocian con la atención en salud, y que supone el desarrollo de sistemas y procesos operativos que minimicen la probabilidad de errores, y maximizar la probabilidad de identificarlos y controlarlos cuando se producen.
- 5.1.30. Sistema Informativo:** Es un sistema web institucional que permite el registro y notificación de los eventos relacionados a la seguridad del paciente, almacenando y procesando información de la Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPRESS).
- 5.1.31. Tercera Víctima:** Organización sanitaria que puede sufrir una pérdida de reputación como consecuencia de un incidente para la seguridad del paciente.

5.2. Siglas y/o Acrónimos:

AMFE:	Análisis de Modos de Fallas y Efectos.
DIRIS LS:	Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Sur
E.A:	Evento Adverso.
ERSP:	Evento Relacionado con la Seguridad del Paciente.
FRV:	Ficha de Registro Virtual.



HEVES:	Hospital de Emergencias Villa El Salvador.
IPRESS:	Institución Prestadora de Servicios de Salud.
SP:	Seguridad del Paciente.
UGC:	Unidad de Gestión de la Calidad.
SISGalen Plus:	Sistema Integrado de Gestión Hospitalaria.

VI. DISPOSICIONES ESPECÍFICAS

6.1. Del Procedimiento de Identificación y Comunicación de los Incidentes, Eventos Adversos y Eventos centinelas.

6.1.1 Del Personal Asistencial o Administrativo:

- El personal asistencial o administrativo que identifique o tenga conocimiento de la ocurrencia de un incidente, evento adverso o evento centinela o cualquier condición que, a su entender, impacta en la seguridad del paciente, sea en su área de trabajo o en otra área de la institución debe comunicar inmediatamente a su jefe inmediato superior y proceder al registro del mismo siguiendo el procedimiento descrito en el numeral 6.2.
- El personal asistencial de turno en el área donde se ha producido el evento adverso o evento centinela tiene la obligación de implementar acciones inmediatas dentro de su competencia con la finalidad de mitigar el daño para el paciente.
- El personal asistencial de turno en el área donde se ha producido el evento adverso o evento centinela debe de comunicar inmediatamente a través de un medio formal a su Jefe Inmediato Superior de lo ocurrido durante el evento, reconociendo las acciones inseguras y los factores contributivos que condicionaron a la aparición del evento suscitado.

6.1.2 Del Jefe Inmediato Superior:

- Verificar el incidente, evento adverso o evento centinela in situ.
- Verificar que se hayan tomado las acciones inmediatas pertinentes para mitigar el daño para el paciente.
- Comunicar al Jefe del Servicio los hechos ocurridos.

6.1.3 Del Jefe del Servicio:

- Verificar si realmente se trata de un incidente, evento adverso o evento centinela.
- Comunicar inmediatamente al Jefe del Departamento los hechos ocurridos.

6.1.4 Del Jefe de Departamento:

- Comunicar a la Unidad de Gestión de la Calidad sobre el evento adverso o centinela inmediatamente de suscitado el evento.
- En el caso de haber identificado que lo ocurrido es un evento centinela debe de comunicar inmediatamente a la Dirección Ejecutiva para continuar con el procedimiento del análisis de los eventos centinelas descrito en el numeral 6.4.2.



6.1.5 Del Jefe de la Unidad de Gestión de la Calidad:

- a) Validar la severidad del evento que fue comunicado por el Departamento.
- b) Informar a la Dirección Ejecutiva en caso se valide que el evento comunicado es un evento centinela, de corresponder.
- c) En caso la comunicación del evento llegue directamente a la Unidad, se realizará la comunicación oficial al Jefe del Departamento y a Dirección Ejecutiva de corresponder.

6.1.6 De la Dirección Ejecutiva:

- a) Comunicar y convocar al Equipo de Análisis de Evento Centinela.

6.2. Del Procedimiento de Registro de Incidentes, Eventos Adversos y Eventos Centinelas.

- 6.2.1. El personal asistencial o administrativo que evidencie o tenga conocimiento de la ocurrencia de un incidente, evento adverso o evento centinela tiene la obligación de ingresar al Sistema Informático, y realizar el registro inmediato del evento en el "*Formato de Registro Virtual de Eventos Relacionados con la Seguridad del Paciente del HEVES*" (Ver Anexo N°01).
- 6.2.2. Para los casos de inoperatividad del Sistema Informático, excepcionalmente se realizará el registro físico en el "*Formato de Registro de Eventos Relacionados con la Seguridad del Paciente del HEVES*" (Ver Anexo N° 02), cuyo formato debe ser solicitado a su Jefe Inmediato Superior o a la Unidad de Gestión de la Calidad.
- 6.2.3. Para los casos en que no se generó el registro, el Jefe Inmediato Superior del área donde se suscitó el evento debe de realizar el registro tan pronto tome conocimiento del mismo.
- 6.2.4. Para los casos en que el reporte se realice directamente a la Unidad de Gestión de la Calidad mediante otro medio formal (Nota Informativa, correo electrónico, etc.), el registro del evento lo realizará la Unidad en mención en el Sistema Informático.
- 6.2.5. El registro realizado en el Sistema Informático genera una base de datos, al cual tienen acceso las jefaturas del Departamento y Servicio, cuyo data es exportada mediante un Excel, el cual genera la "*Matriz de Consolidación y Seguimiento de Incidentes, Eventos Adversos y Eventos Centinelas para los Servicios*" (Ver Anexo N°03), que el servicio debe mantener actualizado ante cualquier supervisión y proceder con la gestión del evento relacionado con la seguridad del paciente, el cual se describe en el numeral 6.4.

6.3. Del Procedimiento de Notificación de Incidentes, Eventos Adversos y Eventos Centinelas.

6.3.1. Del procedimiento de notificación de incidentes y eventos adversos:

- a) La Unidad de Gestión de la Calidad vigila los registros ingresados al Sistema informático o ingresados de manera física, con una temporalidad diaria, además de la validación de los mismos.
- b) Del procedimiento de notificación a las Unidades de Organización:
 - El incidente o evento adverso validado por la Unidad de Gestión de la Calidad, es ingresado a la "*Matriz de consolidación de incidentes,*



eventos adversos y eventos centinelas" de la IPRESS (Ver Anexo N° 04), cuya matriz es socializada a las Unidades Orgánicas para su respectiva notificación de los incidentes y eventos adversos validados, y consiguiente actualización de la "Matriz de Consolidación y Seguimiento de Incidentes, Eventos Adversos y Eventos Centinelas para los Servicios" (Ver Anexo N°03).

c) Del procedimiento de notificación a la Dirección Ejecutiva:

- La Unidad de Gestión de la Calidad notifica a la Dirección Ejecutiva remitiendo la "Matriz de consolidación de incidentes, eventos adversos y eventos centinelas" de la IPRESS de manera mensual.
- La Dirección Ejecutiva notifica a la DIRIS LS remitiendo la "Matriz de consolidación de incidentes, eventos adversos y eventos centinelas" de la IPRESS, dentro de los siete (07) días hábiles del mes siguiente.

6.3.2. Del procedimiento de notificación de los eventos centinelas:

Posterior al análisis del Evento Centinela a través del "Protocolo de Londres para el Análisis de Eventos y Eventos Centinela" (Ver Anexo N°05), la institución notifica inmediatamente sobre el evento a la DIRIS LS a través de un informe detallado del mismo.

6.4. Del Procedimiento de la Gestión de los Incidentes, Eventos Adversos y Eventos Centinelas.

6.4.1. Del procedimiento de la gestión de la comunicación al paciente y/o familiares del evento adverso y evento centinela:

- a) En primera estancia la persona indicada para comunicar al paciente y familiar sobre lo ocurrido será el médico tratante.
- b) En segunda estancia las personas indicadas para comunicar al paciente y familiar sobre lo ocurrido será el jefe del servicio acompañado del médico tratante u otro profesional que valore conveniente.
- c) En el caso de considerar la participación en la comunicación de lo ocurrido a los jefes de otras unidades de organización, se convocará previamente para el abordaje del mismo.
- d) El espacio o lugar para la comunicación lo establecerá el médico tratante, jefe del servicio o Jefe del Departamento donde ocurrió el evento.
- e) Para los casos de los Eventos Centinelas el jefe de Comunicaciones e Imagen Institucional, elabora un proyecto de nota de prensa/comunicado interno sobre el evento centinela, describiendo de manera sencilla y concreta el evento presentado, las acciones inmediatas realizadas por la Institución y los compromisos a corto y mediano plazo asumidos por el Director Ejecutivo, tomados del Plan de Acción (Acciones de Mejora) respectivo. Este proyecto de nota de prensa/ comunicado interno es refrendado por el Director Ejecutivo.

6.4.2. Del procedimiento de la gestión del análisis del incidente, evento adverso y evento centinela.

a) Del procedimiento del análisis de los incidentes:

- El análisis de los incidentes será realizado por el servicio dentro de los siete (07) días hábiles de ocurrido el evento, previa evaluación del impacto que este puede ocasionar sobre el paciente.



- Para el análisis de los incidentes se hará uso de la Metodología del Análisis de Modos de Fallas y Efectos (AMFE) (**Ver Anexo N°06**).
- Las acciones de mejora producto del análisis deben ser implementadas por las Unidades de Organización involucradas en el proceso de atención en la que se suscitó el incidente.

b) Del procedimiento del análisis de los eventos adversos:

- El análisis de los eventos adversos será realizado por el servicio dentro de los siete (07) días hábiles de ocurrido el evento, previa evaluación del impacto que este puede ocasionar sobre el paciente.
- Para el análisis de los eventos adversos y eventos centinelas se hará uso de la Metodología del "Protocolo de Londres para el Análisis de Eventos y Eventos Centinela" (**Ver Anexo N°05**), identificando los factores contributivos que propiciaron las acciones inseguras y generando las acciones de mejora correspondiente.
- Las acciones de mejora producto del análisis deben ser implementadas por las Unidades de Organización involucradas en el proceso de atención en la que se suscitó el evento.

c) Del procedimiento del análisis de los eventos centinelas:

- El análisis de los eventos centinelas serán realizados dentro de las siguientes 24 horas de conocido el evento y se convocará al Equipo de Análisis de Evento Centinela.
- Sobre la Conformación del Equipo de Análisis de Evento Centinela:
 - El Director Ejecutivo es el encargado de conformar el equipo de Análisis del Evento Centinela.
 - El equipo de Análisis de Evento Centinela es reconocido oficialmente mediante Resolución Directoral.
 - El equipo de Análisis de Evento Centinela está conformado por:
 - ✓ El Director Ejecutivo, quien lo lidera.
 - ✓ El Jefe(a) de la Unidad de Gestión de la Calidad o quien haga sus veces
 - ✓ El Jefe(a) de Oficina de Administración o quien haga sus veces.
 - ✓ El Jefe(a) de Unidad de Asesoría Legal.
 - ✓ El Jefe(a) de la Unidad de Comunicaciones e Imagen Institucional.
 - ✓ El Jefe(a) de la Unidad de Inteligencia Sanitaria.
 - ✓ El Jefe(a) del Servicio de Enfermería.

Así mismo, cuando se notifica un evento centinela, se convocará a:

- ✓ El responsable del Departamento y/o Servicio donde se produjo el evento centinela.
- ✓ El personal de salud involucrado en la atención directa del paciente desde su ingreso al hospital hasta el día del evento.



- Actividades del Equipo de Análisis de Evento Centinela
 - El Director Ejecutivo es el líder del equipo de Análisis de Evento Centinela y deberá convocar a los integrantes del equipo cada vez que se comunique un evento centinela, dentro de las siguientes 24 horas de conocido el evento.
 - El jefe de la Unidad de la Gestión de la Calidad es el secretario técnico del equipo, quien se encarga del registro y custodia de la información, relacionada al análisis de los eventos centinelas.
 - Todos los integrantes del equipo participan en la aplicación del Protocolo de Londres para el evento centinela suscitado.
 - Las acciones de mejora que propone el equipo de análisis de Evento Centinela debe enfocarse en la realidad del servicio y sin fines punitivos.
 - Todos los integrantes del equipo de análisis firman el Formato del Protocolo de Londres del Evento Centinela, para posteriormente elevarlo a la Unidad de Gestión de la Calidad.
 - Si posterior al análisis, el equipo de Análisis de Evento Centinela concluye en remitir a Auditoría de caso, se derivará mediante documento a la Unidad de Gestión de la Calidad para su atención y continuar su seguimiento por el Eje de Auditoría.
 - En caso de suscitarse un Evento Centinela relacionado a Muerta Materna y Neonatal, el Comité de prevención de mortalidad materna, fetal y neonatal del HEVES liderará el proceso de análisis y posterior seguimiento.
 - El Director Ejecutivo remite a la DIRIS LS el informe del Evento Centinela y socializa el informe con las Unidades de Organización para la implementación de las acciones de mejora.
 - La Unidad de la Gestión de la Calidad se encargará del seguimiento y monitoreo del cumplimiento de las acciones de mejora producto del Análisis del Evento Centinela.

6.4.3. Del procedimiento de gestión de la atención de los involucrados en el evento adverso o evento centinela.

- a) Para la gestión de la atención de los involucrados en el evento adverso o evento centinela se debe de identificar la condición de cada uno de ellos.
- b) Con respecto al personal de salud que cometió el evento "Primera Víctima" y el paciente como "Segunda Víctima" deben recibir un abordaje en caso de requerirlo por parte del Psicólogo.
- c) Con respecto a la Institución como "Tercera Víctima", las áreas competentes valorarán el grado de repercusión tanto económica y de reputación de la institución.



6.5. Seguimiento y Monitoreo del Plan de Acción del Análisis de los Incidentes, Eventos Adversos y Eventos Centinelas

- 6.5.1 El jefe de la Unidad de Gestión de la Calidad reporta semestralmente a la Dirección Ejecutiva en el "Formato de Monitoreo del Plan de Acción" (**Ver Anexo N°07**), el estado de implementación del Plan de Acción producto del análisis.

6.6. Evaluación del Cumplimiento de la Directiva mediante Indicadores

6.6.1 El jefe de la Unidad de Gestión de la Calidad evalúa la implementación de la Directiva mediante los siguientes indicadores descritos en la tabla N°01.

Tabla N° 01. HEVES: Tabla de Indicadores

N°	INDICADORES	FÓRMULA	FUENTE	FRECUENCIA
1	Porcentaje de servicios que reportan Eventos relacionados a la seguridad del paciente en el Hospital	$\frac{\text{N° de servicios que reportan ERSP en el Hospital}}{\text{N° de servicios en el Hospital}} \times 100$	Matriz de Consolidación de Incidentes, Eventos Adversos y Eventos Centinela del Hospital	Semestral
2	Porcentaje de ERSP reportados según grupo ocupacional	$\frac{\text{N° de ERSP reportados según grupo ocupacional}}{\text{N° de Incidentes, Eventos Adversos y centinelas presentados en el Hospital}} \times 100$	Matriz de Consolidación de Incidentes, Eventos Adversos y Eventos Centinela del Hospital	Mensual/ Semestral
3	Porcentaje de Incidentes reportados	$\frac{\text{N° de Incidentes reportados}}{\text{N° de Incidentes, Eventos Adversos y centinelas presentados en el Hospital}} \times 100$	Matriz de Consolidación de Incidentes, Eventos Adversos y Eventos Centinela del Hospital	Mensual/ Semestral
4	Porcentaje de Eventos Adversos reportados	$\frac{\text{N° de Eventos Adversos reportados}}{\text{N° de Incidentes, Eventos Adversos y centinelas presentados en el Hospital}} \times 100$	Matriz de Consolidación de Incidentes, Eventos Adversos y Eventos Centinela del Hospital	Mensual/ Semestral
5	Porcentaje de Eventos Centinelas reportados	$\frac{\text{N° de Eventos Centinelas reportados}}{\text{N° de Incidentes, Eventos Adversos y centinelas presentados en el Hospital}} \times 100$	Matriz de Consolidación de Incidentes, Eventos Adversos y Eventos Centinela del Hospital	Mensual/ Semestral
6	Porcentaje de Incidentes analizados	$\frac{\text{N° incidentes Analizados}}{\text{Total de Incidentes presentados en el Hospital}} \times 100$	Matriz de Consolidación de Incidentes, Eventos Adversos y Eventos Centinela del Hospital	Semestral
7	Porcentaje de Eventos Adversos analizados	$\frac{\text{N° eventos adversos Analizados}}{\text{Total de Eventos Adversos presentados en el Hospital}} \times 100$	Matriz de Consolidación de Incidentes, Eventos Adversos y Eventos Centinela del Hospital	Semestral
8	Porcentaje de Eventos Centinelas Analizados	$\frac{\text{N° de Eventos Centinelas Analizados}}{\text{Total de Eventos Centinelas presentados en el Hospital}} \times 100$	Matriz de Consolidación de Incidentes, Eventos Adversos y Eventos Centinela del Hospital	Semestral
9	Porcentaje de cumplimiento de las acciones de mejora	$\frac{\text{N° de acciones de mejora implementadas}}{\text{Total de acciones de mejora formuladas}} \times 100$	Matriz de Consolidación de Incidentes, Eventos Adversos y Eventos Centinela del Hospital	Semestral



VII. RESPONSABILIDADES

7.1 La Unidad de Gestión de la Calidad:

7.1.1 Evaluar la implementación de la presente Directiva Sanitaria.

7.2 La Unidad de Tecnologías de la Información:

7.2.1 Mantener operatividad del Sistema Informático para el Registro de Eventos Relacionados con la Seguridad del Paciente.

7.3 Jefe(a) de Departamentos Asistenciales:

7.3.1 Socializar la presente Directiva Sanitaria al personal de salud a su cargo.

7.3.2 Contribuir al cumplimiento de la presente Directiva Sanitaria,

7.3.3 Analizar y atender las acciones de mejora propuestas, según corresponda.

7.3.4 Gestionar el cumplimiento de las acciones de mejora producto del análisis de los incidentes, eventos adversos y eventos centinelas.

7.3.5 Informar a la Unidad de Gestión de la Calidad el cumplimiento de la presente Directiva Sanitaria.

7.4 Jefe(a) de Servicios Asistenciales:

7.4.1 Socializar la presente Directiva Sanitaria al personal de salud a su cargo.

7.4.2 Contribuir a monitorizar el cumplimiento de la presente Directiva Sanitaria.

7.4.3 Analizar y atender las acciones de mejora propuestas, según corresponda.

7.4.4 Gestiona el cumplimiento de las acciones de mejora producto del análisis de los incidentes, eventos adversos y eventos centinelas.

7.4.5 Informar a su jefe inmediato superior el cumplimiento de la presente Directiva Sanitaria.

7.5 Jefe(a) de Unidades Asistenciales:

7.5.1 Socializar la presente Directiva Sanitaria al personal de salud a su cargo.

7.5.2 Contribuir a supervisar el cumplimiento de la presente Directiva Sanitaria.

7.5.3 Informar a su jefe inmediato superior el cumplimiento de la presente Directiva Sanitaria.

7.5.4 Proponer acciones de mejora de corresponder.

7.6 Personal de Salud y/o administrativo:

7.6.1 Cumplir con lo establecido en la presente Directiva Sanitaria, según corresponda.

VIII. DISPOSICIONES COMPLEMENTARIAS

8.1 Con respecto a la comunicación del incidente, evento adverso o centinela que se haya identificado en un área que no es su lugar de trabajo, el personal asistencial o administrativo debe de comunicar a su Jefe Inmediato Superior para que éste a su vez informe al Jefe Inmediato Superior del área donde se suscitó



el evento relacionado con la Seguridad del Paciente, para la respectiva gestión del evento suscitado.

- 8.2 Con respecto a la severidad del Evento Relacionado con la Seguridad del Paciente, para los casos de los eventos adversos y eventos centinelas el registrador deberá consignar la categoría y tipo del evento (Ver Anexo N°08).

IX. DISPOSICIONES FINALES

- 9.1 El seguimiento y monitoreo del registro de los ERSP, así como de la gestión y el cumplimiento de las disposiciones contenidas en los Planes de acción está a cargo de la Unidad de Gestión de la Calidad.

X. ANEXOS

- 10.1 **Anexo N° 01:** Formato de Registro Virtual de Eventos relacionados con la Seguridad del Paciente del HEVES.
- 10.2 **Anexo N° 02:** Formato de Registro de Eventos Relacionados con la Seguridad del Paciente del HEVES.
- 10.3 **Anexo N° 03:** Matriz de Consolidación y Seguimiento de Incidentes, Eventos Adversos y Eventos Centinelas para los Servicios.
- 10.4 **Anexo N° 04:** Matriz de Consolidación de Incidentes, Eventos Adversos y Eventos Centinelas de la IPRESS.
- 10.5 **Anexo N° 05:** Protocolo de Londres para el análisis de eventos adversos y eventos centinela.
- 10.6 **Anexo N° 06:** Análisis de Modos de Fallas y Efectos (AMFE).
- 10.7 **Anexo N° 07:** Formato de Monitoreo del Plan de Acción.
- 10.8 **Anexo N° 08:** Lista de Categorías y tipos de eventos adversos y eventos centinela vigilados en el HEVES.

XI. BIBLIOGRAFÍA

- 11.1 Ministerio de Salud. Directiva Sanitaria N°009-IGSS/V.01" Análisis de los Eventos Centinelas en la IPRESS y UGIPRESS del Instituto de Gestión de Servicios de Salud. Lima 2016.
- 11.2 Ministerio de Salud. Directiva Sanitaria N° 005-IGSS/V.01 "Sistema de Registro y Notificación de Incidentes, Eventos Adversos y Eventos Centinelas". Lima 2016.
- 11.3 Seguro Social. Directiva de "Registro, notificación y gestión de los eventos relacionados con la Seguridad del Paciente en EsSalud. Primera Edición: Lima, marzo del 2021.
- 11.4 Ministerio de Salud. Guía Técnica para la Elaboración de Proyectos de Mejora y la Aplicación de Técnicas y Herramientas para la Gestión de la Calidad. Lima-2012
- 11.5 Institute for Healthcare Improvement. Kit de Herramientas de QI Essentials. Análisis de Modos de Fallas y Efectos (AMFE).
- 11.6 Organización Mundial de la Salud. Marco Conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente Versión 1.1. Washington, OMS-



DIRECTIVA SANITARIA N°002-HEVES/2024/ UGC/V.03
"DIRECTIVA SANITARIA PARA EL REGISTRO, NOTIFICACIÓN Y GESTIÓN DE INCIDENTES, EVENTOS ADVERSOS Y
EVENTOS CENTINELAS EN EL HOSPITAL DE EMERGENCIAS VILLA EL SALVADOR

Patient Safety a Word Alliance for Safer Health Care. Informe Técnico Definitivo.
Enero 2009.

- 11.7 National Quality Forum. Standardizing a Patient Safety Taxonomy-A
Consensus Report, Washington, DC: National Quality Forum, 2006.
- 11.8 Ministerio de Salud. Norma Técnica de Salud de Auditoría de la Calidad de
Atención en Salud". Lima 2016.
- 11.9 Ministerio de Salud. Lineamientos para la Vigilancia, Prevención y Control de
las Infecciones Asociadas a la Atención de Salud". Lima 2015.
- 11.10 Ministerio de Salud. Lineamientos para la Asistencia Técnica y Supervisión del
Ministerio de Salud a los Gobiernos Regionales para el Fortalecimiento de la
Respuesta frente a la Pandemia por la COVID-19. Lima 2021.
- 11.11 System Análisis of Clinical Incidentes – The London protocol. Clinical Safety
Research Unit. 10th Floor QEQM Building St Mary's Hospital.



ANEXO N° 01: FORMATO DE REGISTRO VIRTUAL DE EVENTOS RELACIONADOS CON LA
SEGURIDAD DEL PACIENTE DEL HEVES

Para el correcto llenado del formato de registro virtual de eventos relacionados a la seguridad del paciente se seguirán los siguientes pasos:

1. Registrar número de cuenta.
2. Registrar el Departamento / Servicio / Unidad/Área donde ocurrió el incidente, evento adverso o evento centinela.
3. Registrar a que grupo ocupacional pertenece usted.
4. Registrar fecha y hora del incidente, evento adverso o evento centinela.
5. Registrar que tipo de evento relacionado a la seguridad del paciente es, para ello debe verificar según las definiciones descritas a continuación:
 - **Incidente:** Es una circunstancia que podría haber ocasionado un daño innecesario a un paciente. (No hay daño)
 - **Evento Adverso:** Una lesión o un resultado indeseado no intencional en la salud del paciente, directamente asociado con la atención de salud.
 - **Evento Centinela:** Es un evento adverso que produce la muerte o un daño físico o psicológico severo de carácter permanente, que no estaba presente anteriormente y que requiere tratamiento permanente o cambio en el estilo de vida.
6. De ocurrir un evento adverso o evento centinela, se activará el registro de categoría y tipo de evento, para lo cual deberá elegir la opción que más se acerca al evento identificado.
7. Registrar una breve descripción del suceso.
8. Opcional, adjuntar archivo.
9. Guardar.



PERÚ Ministerio de Salud Hospital de Emergencias Villa El Salvador



Hospital de Emergencias VILLA EL SALVADOR

FRV N°001-202.....-UGC-HEVES

A.- DATOS GENERALES DEL PACIENTE:

- Apellidos y Nombres: (Al ingresar el personal los datos del paciente, automáticamente se enlazará al Sisgalen Plus para el llenado automático del resto de datos) *
- Nro Documento: (DNI/C.EXT/Pasaporte)
- Nro Historia Clínica: *
- Sexo: *
- Edad: *
- Diagnóstico:*

B.- UNIDAD DE ORGANIZACIÓN DONDE SE PRESENTÓ EL EVENTO

- Departamento
- Servicio
- Unidad/área

C.- PERSONAL QUE NOTIFICA

- Grupo Ocupacional del Notificador

D.- DESCRIPCION DEL EVENTO

- FECHA Y HORA DEL EVENTO
- SEVERIDAD DEL EVENTO
- CATEGORIA DEL EVENTO
- TIPO DE EVENTO
- BREVE DESCRIPCIÓN DEL EVENTO:

DOCUMENTOS ADJUNTOS (Opcional)



Instructivo de la Metodología
Protocolo de Londres

✕ Cancelar

✓ Registrar



DIRECTIVA SANITARIA N°002-HEVES/2024/ UGC/V.03
"DIRECTIVA SANITARIA PARA EL REGISTRO, NOTIFICACIÓN Y GESTIÓN DE INCIDENTES, EVENTOS ADVERSOS Y
EVENTOS CENTINELAS EN EL HOSPITAL DE EMERGENCIAS VILLA EL SALVADOR

ANEXO N° 02: FORMATO DE REGISTRO DE EVENTOS RELACIONADOS CON LA
SEGURIDAD DEL PACIENTE DEL HEVES

	FR N°-202....-UGC-HEVES	DIRECTIVA SANITARIA N°002-HEVES/2024/ UGC/V.03	
	FORMATO DE REGISTRO DE EVENTOS RELACIONADOS CON LA SEGURIDAD DEL PACIENTE DEL HEVES	Versión: 03	
Unidad de Gestión de la Calidad			

I. DATOS GENERALES DEL PACIENTE:

Nombre y Apellidos:	Edad:	Sexo:	DNI:
Diagnóstico:	N° HCL	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	

II. UNIDAD DE ORGANIZACIÓN DONDE SE PRESENTÓ EL EVENTO:

Departamento	
Servicio	
Unidad	
Área	

III. DESCRIPCIÓN DEL EVENTO

SEVERIDAD DEL EVENTO (Marca con un x)	Incidente	Fecha y Hora del evento
	Evento Adverso	
	Evento Centinela	

RELACIONADO CON LA MEDICACION Error en medicación (prescripción, dispensación y administración) Eventos supuestamente atribuidos a la vacunación e inmunización - ESAVI Hemorragia digestiva Hemorragia por anticoagulación Hipoglucemia por manejo inadecuado de tratamiento con insulina Hipotensión arterial por medicamento Paciente Erróneo Medicamento erróneo Dosis o frecuencia incorrecta del medicamento Prescripción o presentación errónea Vía errónea Cantidad errónea Contraindicación Omisión de medicamentos o de dosis Medicamento caducado	RELACIONADO CON LOS PROCEDIMIENTOS Caput succedaneum Cirugía en el lugar equivocado del cuerpo Cirugía en paciente equivocado Cuerpo extraño intra abdominal quirúrgico Cefalea Post punción de duramadre Cefalea Post punción lumbar Dehiscencia post cesárea Perforación uterina Quemadura por uso de electrocauterio Retención de membranas Lesiones en un órgano durante un procedimiento. No se hizo cuando estaba indicado Incompleto/inadecuado No disponible Proceso/tratamiento/procedimiento erróneo	RELACIONADO CON LAS INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN EN SALUD Absceso secundario a inyección IM Corioamionitis Endometritis Fiebris asociada a Catéter Venoso Periférico Infección de prótesis ortopédicas Infección de sitio quirúrgico Infección del Torrente Sanguíneo asociado a catéter venoso central, sonda/ drenaje urológico u otros Infección secundaria a derivación ventrículo peritoneal por hidrocefalia Neumonía intrahospitalaria Tejidos Blandos
--	--	---

RELACIONADO CON LOS CUIDADOS	
Caída del paciente con daño	
Actos impropios de naturaleza sexual contra paciente	
Agresiones y/o autolesiones	
Error en la identificación del paciente	
Desplazamiento de dispositivos invasivos	
Eritema de pañal	
Extubación accidental	
Autoextubación	
Lesiones de piel	
Quemaduras	
Úlcera por presión tipo:	I II III IV
Fiebris	
Suicidio de un paciente	

RELACIONADOS CON DISPOSITIVO MÉDICO / EQUIPO/BIEN	
Incidente Adverso a Dispositivos Médicos	
Presentación/envasado deficiente	
Falta de disponibilidad	
Avería/mal funcionamiento	
Equipo y bien no idóneo	
Desplazamiento/conexión incorrecta/retirada	
Error del usuario	

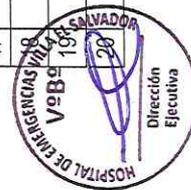
OTROS:
 Descripción del Evento:

Grupo Ocupacional del que registra el evento: MEDICO() ENFERMERA () OBSTETRA8 () OTROS ()



ANEXO N° 03: MATRIZ DE CONSOLIDACIÓN Y SEGUIMIENTO DE INCIDENTES, EVENTOS ADVERSOS Y EVENTOS CENTINELAS PARA LOS SERVICIOS

UPSS:		SERVICIO:											RESPONSABLE:			
MES / AÑO DEL REPORTE:		RESPONSABLE:											RESPONSABLE:			
N° FORMIATO	FECHA DE NOTIFICACIÓN	PACIENTE	N° H.C.	SEXO	EDAD	DIAGNÓSTICO PRINCIPAL	SERVICIO DE OCURRENCIA	CATEGORÍA (INCIDENTE/EVENTO ADVERSO/EVENTO CENTINELA)	FECHA DEL INCIDENTE /EVENTO	HORA APROX. DEL INCIDENTE /EVENTO	DESCRIPCIÓN DEL EVENTO	ACCIONES INMEDIATAS ADOPTADAS EN EL SERVICIO	ACCIONES DE MEJORA	RESPONSABLE	PLAZO	IMPLEMENTADO SI/NO/PROCESO
1																
2																
3																
4																
5																
6																
7																
8																
9																
10																
11																
12																
13																
14																
15																
16																
17																



ANEXO N° 04: MATRIZ DE CONSOLIDACIÓN DE INCIDENTES, EVENTOS ADVERSOS Y EVENTOS CENTINELAS DE LA IPRESS

NOMBRE DE LA IPRESS:

N° DE UPSS/SERVICIOS DE LA IPRESS: NÚMERO DE UPSS/SERVICIOS DE LA IPRESS QUE REPORTAN: MES/AÑO DE REPORTE:

N° FORMATO	FECHA DE NOTIFICACION	NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO	N° H.C. PAC.	SEXO PAC.	EDAD	DIAGNÓSTICO PRINCIPAL	UPSS/ SERVICIO	INCIDENTE	EVENTO ADVERSO	EVENTO CENTINELA	FECHA DEL INCIDENTE /EVENTO	HORA APROXIMADA DE INCIDENTE / EVENTO	DESCRIPCIÓN DEL EVENTO	CATEGORÍA EA	TIPO EA
1															
2															
3															
4															
5															
6															
7															
8															
9															
10															
11															
12															
13															



ANEXO N° 05: PROTOCOLO DE LONDRES PARA EL ANÁLISIS DE EVENTOS ADVERSOS Y
EVENTOS CENTINELA

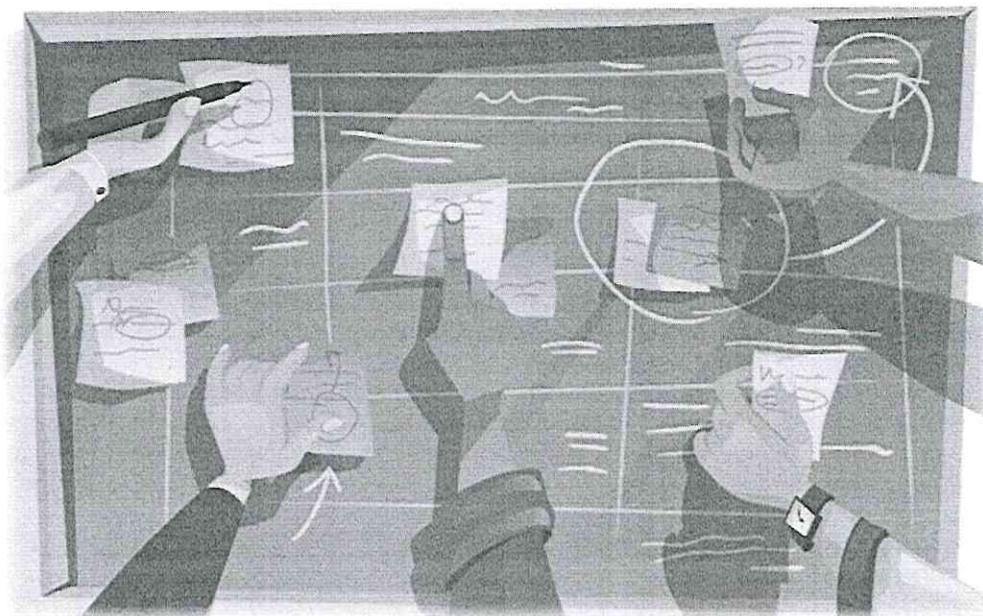


Hospital de Emergencias
VILLA EL SALVADOR

UNIDAD DE LA GESTION DE LA CALIDAD

EJE DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

PROTOCOLO DE LONDRES PARA EL ANÁLISIS DE
EVENTOS ADVERSOS Y EVENTOS CENTINELA



**“Para comprender la seguridad no hay que enfrentarse a
ella, sino incorporarla a uno mismo”**

Alan Watts



Villa el Salvador - 2024



PROTOCOLO DE LONDRES

El protocolo de Londres es una versión revisada y actualizada de un documento previo conocido como "Protocolo para Investigación y Análisis de Incidentes Clínicos. Propone una metodología para el proceso de investigación, análisis y recomendaciones

A continuación, se describe los pasos:

PASO 1: IDENTIFICACIÓN Y DECISIÓN DE INVESTIGAR

Una vez ocurrido e identificado el evento clínico la Unidad o Servicio debe de decidir si inicia o no el proceso. Por lo que se debe de tener en cuenta la gravedad del evento y el potencial aprendizaje organizacional.

PASO 2: SELECCIÓN DEL EQUIPO INVESTIGADOR

Idealmente un equipo investigador podrá estar integrado por 3 a 4 personas con múltiples competencias, así mismo es importante que el equipo investigador escoja un líder, quien será el encargado de conducir al equipo.

PASO 3: OBTENCIÓN Y ORGANIZACIÓN DE INFORMACIÓN

En esta fase, el equipo de investigación haciendo uso de diversas fuentes y técnicas diferentes, recaba información para poder establecer con claridad los hechos.

Técnicas de investigación:

1. *Revisión documentaria:* Es la técnica mediante la cual el equipo investigador tiene acceso a documentos, con los cuales se identifican las acciones realizadas sobre el paciente, el momento en el que tuvieron lugar y quienes estuvieron a cargo de las decisiones y acciones.
2. *Entrevista:* Escoja un lugar apropiado para la entrevista. El ambiente debe permitir interactuar con el entrevistado sin interrupciones y debe tener la privacidad suficiente de modo que permita exteriorizar emociones sin sentirse expuesto. Empiece por explicar el propósito de la entrevista y que no se trata de un proceso administrativo, sino del recojo de información para poder determinar cómo evitar un nuevo evento. Se deberá levantar un Acta de Reunión al término de la entrevista.
3. *Observación del lugar de los hechos:* La visita al lugar de los hechos debe llevarse a cabo lo más pronto posible, apenas se tenga conocimiento del evento adverso y se haya realizado una primera revisión de la historia clínica, de modo que uno pueda reconocer el escenario.
4. *Búsqueda Informativa o evidencia científica:* Revisión de protocolos, guías de procedimientos relacionados con el evento.

Las fuentes que puede utilizar son: Historia Clínica, SISGALEN PLUS, Infinitt, REFCON, opinión de expertos, declaraciones del paciente o personal de la salud, entre otros.

PASO 4: ELABORAR LÍNEA DE TIEMPO

Se puede optar por el uso de metodologías para precisar la cronología del evento tales como: La línea de tiempo o la narración del evento.

Para fines de estandarizar el uso de una metodología, la Institución utilizará como metodología para precisar la cronología del evento la LINEA DE TIEMPO.

Línea de Tiempo: La línea de tiempo es una simple cronología de los hechos, donde se hace énfasis en los "que", es decir, las acciones que en concreto se realizaron en el paciente.



DIRECTIVA SANITARIA N°002-HEVES/2024/ UGC/V.03
"DIRECTIVA SANITARIA PARA EL REGISTRO, NOTIFICACIÓN Y GESTIÓN DE INCIDENTES, EVENTOS ADVERSOS Y
EVENTOS CENTINELAS EN EL HOSPITAL DE EMERGENCIAS VILLA EL SALVADOR

A continuación un ejemplo:

ANÁLISIS DE LONDRES			
LINEA DE TIEMPO			
LUGAR DE LOS HECHOS	EMERGENCIA (TRIAJE)	EMERGENCIA (TOPICO DE CIRUGÍA 1)	EMERGENCIA (Dx. por Imágenes)
FECHA/HORA	20/09/18 13:55	20/09/18 14:21	20/09/18 15:35
DESCRIPCIÓN DE LOS HECHOS	Licenciada de Enfermería: Funciones vitales: PA: 140/9, FC: 115x', FR: 23', SAT O2: 97% MOTIVO DE CONSULTA: TEC- LEVE PROBLEMAS DIAGNÓSTICOS: Ant. (Diabetes Mellitus c/tto.) PRIORIDAD: II OBSERVACIONES: CIRUGIA	Médico Cirujano: TE: 3 horas MOTIVO DE CONSULTA: Accidente de tránsito RELATO: Referido de CS de Chilca por accidente de tránsito como conductor de vehículo motorizado. Es traído con férula en antebrazo derecho. Refiere dolor en parrilla costal izquierda. Pérdida de conciencia. ANTECEDENTES: DM en tratamiento con metformina LE por úlcera duodenal EXAMEN FÍSICO GENERAL: AREG, AREH, despierto, se comunica, adopta posición antálgica RESPIRATORIO : MV pasa bien por ACP, dolor a la palpación en parrilla costal izquierda CARDIOVASCULAR: RCR, No soplos ABDOMEN: Blando, depresible, No signos de reacción peritoneal GENITOURINARIO : Diferido LOCOMOTOR: Presenta férula antebrazo derecho. NEUROLÓGICO: LOTEP, Glasgow: 15 OTROS : Herida en región frontal de +- 3 cm PLAN DE TRABAJO: Sutura, I/C Traumatología, I/C Neurocirugía. RP: 1. NPO, 2. CIna 5% 1000cc I, II, III. 3. Metamizol 2 gr. EV. Stat. 4. Tramadol 10 mg. SC Stat. 5. Omeprazol 4 mg. EV. c/24 h, 6. CFV + BHE	Toma de Examen: - Ecografía Abdomen completo - Rx: Cráneo, Columna, cervical, pelvis, antebrazo.

PASO 5: IDENTIFICAR ACCIONES INSEGURAS

Las acciones inseguras son acciones u omisiones que tienen al menos el potencial de causar un accidente o evento adverso.

Es probable que algunas acciones inseguras se hayan identificado durante las entrevistas o como producto de la revisión de la Historia Clínica. Para el inicio del análisis se convocará a los profesionales de salud involucrados en el suceso, jefe inmediato del servicio, Jefe o coordinador de la Unidad Prestadora de Servicios y personal del eje de seguridad del paciente de la Unidad de Gestión de la Calidad y otros que considere necesario en la toma de decisiones.

Mediante la Técnica de LLUVIA DE IDEAS se identificará el motivo por el cuál ocurrió el evento (acciones inseguras), posteriormente se trasladará a una Matriz de Priorización para identificar la acción insegura con mayor valoración.

Ejemplo: Caída de paciente

A) *Lluvia de Ideas*

1.-	Camilla sin barandas
2.-	No se evaluó el riesgo de caída (Escala de Downton)
3.-	Técnico de enfermería no ayudó al paciente en su movilización



DIRECTIVA SANITARIA N°002-HEVES/2024/ UGC/V.03
"DIRECTIVA SANITARIA PARA EL REGISTRO, NOTIFICACIÓN Y GESTIÓN DE INCIDENTES, EVENTOS ADVERSOS Y
EVENTOS CENTINELAS EN EL HOSPITAL DE EMERGENCIAS VILLA EL SALVADOR

B) Matriz de Priorización (Valoración del 1 al 5)

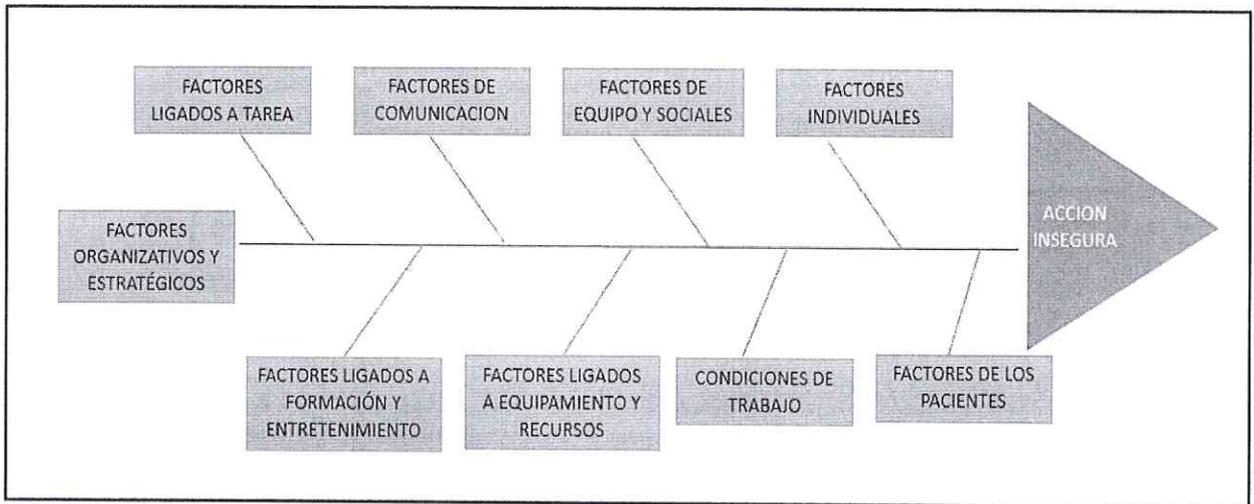
	Profesional 1	Profesional 2	Puntaje Final
Camilla sin barandas	5	4	4	13
No se evaluó el riesgo de caída (Escala de Dowton)	4	4	4	12
Técnico de enfermería no ayudó al paciente en su movilización	2	2	1	5

Se tomará la acción insegura con mayor puntaje y se procederá a identificar los factores contributivos según la acción insegura priorizada.

PASO 6: IDENTIFICAR FACTORES CONTRIBUTIVOS

Para sistematizar el análisis se evalúan nueve factores en torno al evento. Si en un paciente se produce más de un evento adverso, cada uno de ellos requerirá el despliegue del Diagrama de Ishikawa por separado, pues los factores que contribuyen a un tipo de evento, serán diferentes a pesar de tratarse del mismo paciente.

DIAGRAMA DE ISHIKAWA



Se procederá a trasladar los datos del Diagrama de Ishikawa al **Formato de análisis, plan de acción y seguimiento**.

Los factores contributivos:

- ✦ **Factores Individuales:** Son los aspectos únicos y específicos de cada persona involucrada en el evento adverso. Incluyen aspectos físicos, psicológicos, sociales y de personalidad. En este caso no se trata del paciente, sino del colaborador institucional.
- ✦ **Factores de Equipo y Sociales:** Se valora la capacidad de un grupo de colaboradores de trabajar como un equipo, de manera armoniosa y coherente hacia un objetivo. De ahí que se valore la congruencia de roles o funciones, la fortaleza del liderazgo, el apoyo y manejo de los conflictos.



“DIRECTIVA SANITARIA PARA EL REGISTRO, NOTIFICACIÓN Y GESTIÓN DE INCIDENTES, EVENTOS ADVERSOS Y EVENTOS CENTINELAS EN EL HOSPITAL DE EMERGENCIAS VILLA EL SALVADOR

- ✚ **Factores de Comunicación:** Se refiere a los mecanismos formales y no formales para transmitir información en el equipo de salud. Todo aspecto de la comunicación oral, escrita o no verbal que afecta la realización de la tarea o cumplimiento de funciones.
- ✚ **Factores Ligados a Tarea:** Son aquellos que ayudan y apoyan el desarrollo seguro y efectivo de las funciones relacionadas con los procesos sanitarios. Implica contar con guías, protocolos, políticas, procedimientos; ayudas para las tomas de decisiones y diseño de procedimientos o tareas. En resumen, tener definido qué y cómo se realiza la atención en el punto de atención al usuario.
- ✚ **Factores Organizativos y Estratégicos:** Son factores, bien adquiridos, o bien propios de la organización. Pueden permanecer latentes o no ser reconocidos como importantes debido a otros tipos de presión tales como objetivos de actuación externos.
- ✚ **Factores Ligados a Formación y Entrenamiento:** La disponibilidad y calidad de los programas formativos a disposición del personal pueden afectar directamente su desempeño y al desarrollo de sus funciones. En este factor se valora la competencia del personal, la supervisión de la formación/entrenamiento, disponibilidad/accesibilidad de la formación o entrenamiento y conveniencia de la formación o entrenamiento
- ✚ **Factores Ligados a Equipamiento y Recursos:** Correcto funcionamiento de los equipos que van a proporcionar cuidados a los pacientes. Considerando como recursos tanto el personal bien entrenado, como financiamiento que viabilice la implantación de programas de formación, la compra de nuevo equipamiento, etc. Se debe valorar los monitores de equipos, su funcionamiento, fiabilidad, ubicación, y grado de uso.
- ✚ **Condiciones de Trabajo:** Son todos aquellos factores que afectan a la capacidad de trabajar en condiciones óptimas en el puesto de trabajo. Se valora los aspectos administrativos, el diseño del entorno físico, el entorno directo del colaborador, el personal de planta, la carga de trabajo y tiempo disponible para ejecutar las tareas asignadas.
- ✚ **Factores de los Pacientes:** Incluyen aquellos aspectos que son específicos de cada paciente, o pacientes involucrados en el evento adverso. Incluyen condición clínica, social, física, mental/psicológica y relaciones interpersonales.

PASO 7: RECOMENDACIONES, PLAN DE ACCIÓN Y SEGUIMIENTO

Se deberá definir las medidas a implementar. Si se han encontrado muchas causas raíces, es posible que no se dispongan de los recursos y tiempo suficiente para abordarlos todos. En este caso se deben priorizar cuáles serán las medidas que pudieran tener más impacto en reducir el riesgo de ocurrencia del evento adverso.

Las áreas involucradas deberán implementar las recomendaciones producto del análisis del Protocolo de Londres y remitir los resultados del análisis a la Unidad de Gestión de la Calidad para realizar el seguimiento correspondiente del cumplimiento de las mismas en los plazos establecidos.

PLAN DE ACCIÓN Y SEGUIMIENTO				
ACCIONES DE MEJORA	RESPONSABLE DE EJECUTARLA	FECHA LÍMITE DE EJECUCIÓN	FECHA DE SEGUIMIENTO	IMPLEMENTADO (SI/NO /PROCESO)
1.				
2.				
3.				



DIRECTIVA SANITARIA N°002-HEVES/2024/ UGC/IV.03
 "DIRECTIVA SANITARIA PARA EL REGISTRO, NOTIFICACIÓN Y GESTIÓN DE INCIDENTES, EVENTOS ADVERSOS Y
 EVENTOS CENTINELAS EN EL HOSPITAL DE EMERGENCIAS VILLA EL SALVADOR"



UNIDAD DE GESTIÓN DE CALIDAD

FICHA DE ANALISIS N.º:

-202...-SP-UGC-HEVES

FORMATO DE INVESTIGACION Y ANALISIS DE EVENTOS RELACIONADOS A LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

N.º HCL		ID DE FICHA REPORTE	SERVICIO DONDE OCURRE EL EVENTO EVENTO ADVERSO
FECHA DEL EVENTO (D/M/A)	FECHA DE REPORTE (D/M/A)	FECHA DEL ANALISIS (D/M/A), HORA	TIPO DE EVENTO (INCIDENTE, EVENTO ADVERSO Y CENTINELA)
02/05/2024			
DESCRIPCION BREVE DEL EVENTO			
OBTENCION Y ORGANIZACION DE INFORMACION			
Historia Clínica: <input type="checkbox"/> Entrevistas: <input type="checkbox"/> Otros: _____ Documento Técnico o Normativo: <input type="checkbox"/> Observación: <input type="checkbox"/>			
CRONOLOGIA DEL EVENTO (VER ANEXO N°01)			
RESPONSABLES DEL ANALISIS:	Nombres y Apellidos completos		Cargo
ACCIONES INSEGURAS IDENTIFICADAS			
FACTORES CONTRIBUTIVOS IDENTIFICADOS (VER ANEXO N°02)			
PLAN DE ACCION Y SEGUIMIENTO			
ACCIONES DE MEJORA		RESPONSABLE DE EJECUTARLA	FECHA LIMITE DE EJECUCION
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			

Firma y sello de conformidad:



ANEXO N.º 01: CRONOLOGIA DEL EVENTO

Identificar los hechos anteriores al evento adverso



Precisar el momento en que ocurrió el evento adverso

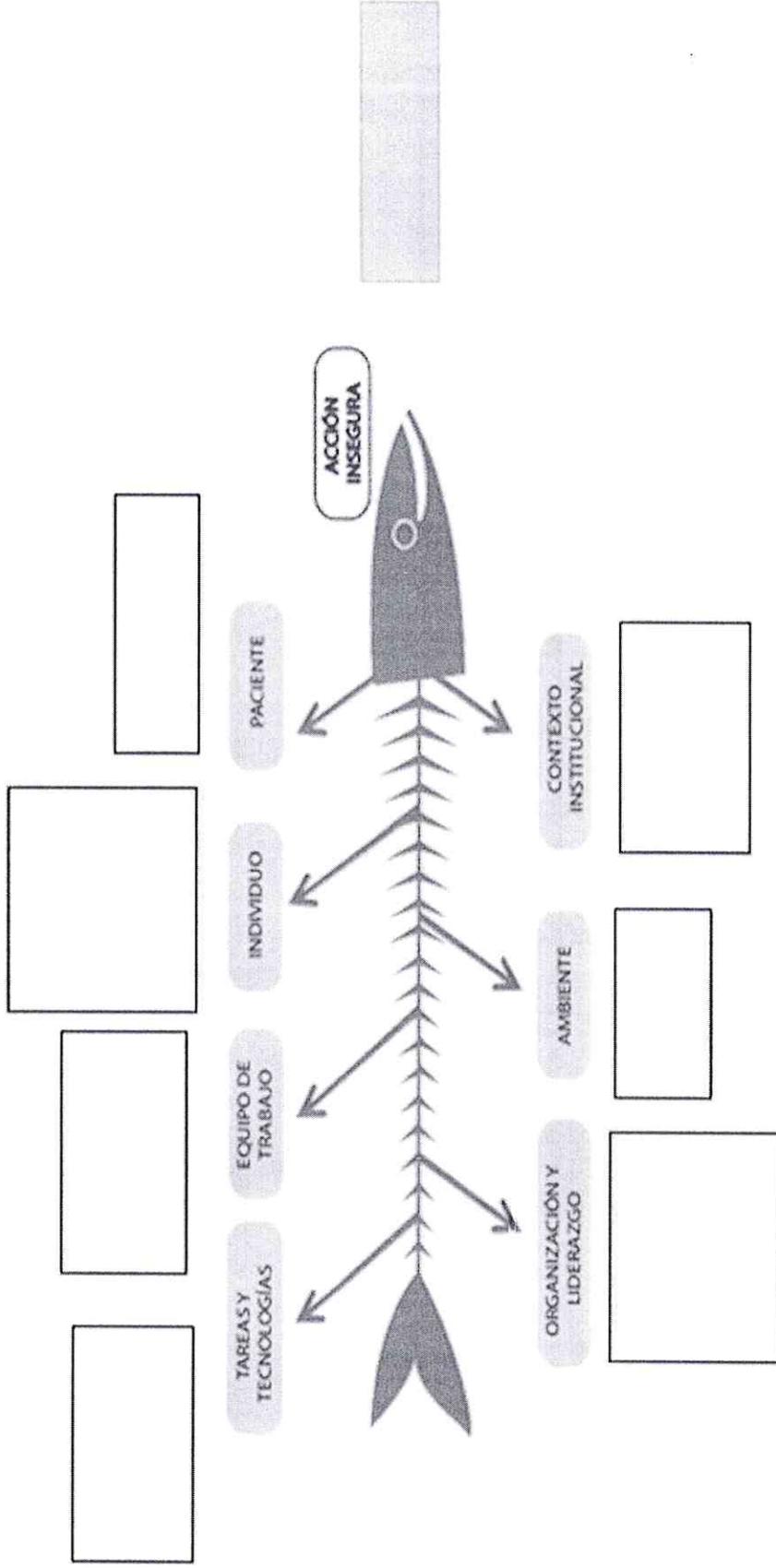


Identificar los hechos posteriores al evento adverso





ANEXO N.º 02: DIAGRAMA DE ISHIKAWA



ESQUEMA DE CLASIFICACIÓN DE LOS FACTORES CONTRIBUTIVOS
 National Patient Safety Agency (NPSA) – National Health Service (NHS)

FP FACTOR PACIENTE

Incluyen aquellos aspectos que son específicos de cada paciente, o pacientes involucrados en el suceso.

FACTORES DE LOS PACIENTES	COMPONENTES
FP1 Condición clínica	FP11 Comorbilidad pre-existente FP12 Complejidad del estado del paciente FP13 Gravedad/Severidad del estado del paciente FP14 Difícil de tratar clínicamente
FP2 Factores sociales	FP21 Cultura / Creencia religiosa que dificulten la condición FP22 Hábitos nocivos, forma de vida (tabaco/alcohol/drogas/dieta) FP23 Idioma diferente o no comprensible FP24 Bajo nivel económico (miseria) FP25 No existencia de redes de apoyo
FP3 Factores físicos	FP31 Estado físico – malnutrición, problemas de sueño
FP4 Factores mentales y psicológicos	FP41 Motivación (agenda, incentivos) FP42 Stress (presión familiar, financiera) FP43 Presencia de desorden mental FP44 Trauma
FP5 Relaciones interpersonales no adecuadas	FP51 Personal a paciente y paciente a personal FP52 Paciente a paciente FP53 Entre familia – parientes, padres, hijos

FI FACTOR INDIVIDUALES

Son los aspectos únicos y específicos de cada persona involucrada en el evento adverso (colaborador institucional).

FACTORES INDIVIDUALES	COMPONENTES
FI1 Aspectos físicos	FI11 Salud general, problemas de (ej.: nutrición, dieta, ejercicio, forma física,...) FI12 Discapacidades físicas (ej.: problemas de visión, dislexia,...) FI13 Fatiga
FI2 Aspectos psicológicos	FI21 Stress (ej.: distracción / preocupación) FI22 Enfermedades de salud mental específicas (ej: depresión) FI23 Impedimentos mentales (ej.: enfermedad, drogas, alcohol, dolor) FI24 Falta de Motivación (ej.: aburrimiento, suficiencia, baja satisfacción laboral) FI25 Factores cognitivos (ej.: falta de atención, distracción, preocupación, sobrecarga, aburrimiento)
FI3 Aspectos sociales	FI31 Problemas domésticos / Modo de vida inadecuado
FI4 Aspectos de personalidad	FI41 Baja autoestima/ autoestima demasiado alta FI43 Gregario/ interactivo, solitario FI43 Evita riesgos/ tendencia por los riesgos

FT FACTORES LIGADOS A TAREA

Son aquéllos que ayudan y apoyan el desarrollo seguro y efectivo de las funciones relacionadas con los procesos sanitarios (tener definido qué y cómo se realiza la atención en el punto de atención al usuario).



DIRECTIVA SANITARIA N°002-HEVES/2024/ UGC/V.03
"DIRECTIVA SANITARIA PARA EL REGISTRO, NOTIFICACIÓN Y GESTIÓN DE INCIDENTES, EVENTOS ADVERSOS Y
EVENTOS CENTINELAS EN EL HOSPITAL DE EMERGENCIAS VILLA EL SALVADOR

FACTORES DE TAREA	COMPONENTES
FII 1 Guías, Protocolos, políticas y procedimientos	FT11 No actualizadas FT12 No disponible y inaccesible FT13 No inteligible ni usable FT14 Inadecuado: no claro, ambiguo; incorrecto; contenido complejo FT15 Desfasado, no disponible o ilocalizable, no realista; inexistente FT16 No cumplirlas, no seguirlas FT17 Dirigidas a personal inadecuado (ej: destinadas a una audiencia inadecuada)
FIII 2 Ayudas a la toma de decisiones	FT21 Falta de disponibilidad de ayudas, "check list" (herramientas de valoración de riesgos, informáticas, fax para permitir la valoración a distancia de resultados) FT22 Dificil acceso a especialistas y personal con mayor experiencia FT23 Dificil acceso a gráficos y diagramas o mapas FT24 Información incompleta – resultados de análisis, historial clínico...
FIII 3 Diseño de procedimientos o tareas	FT31 Las guías, protocolos no pueden llevarse a cabo por falta de tiempo FT32 El personal no está de acuerdo con el diseño de tareas , procedimientos y/o protocolos FT33 Con realismo, no todos los pasos de las tareas se pueden llevar a cabo

FC FACTORES DE COMUNICACIÓN

Se refiere a los mecanismos formales y no formales para transmitir información en el equipo de salud.

FACTORES DE COMUNICACIÓN	COMPONENTES
FC1 Comunicación verbal	FC11 Órdenes / indicaciones verbales ambiguas FC12 Tono de voz y forma de expresión inapropiada a la situación FC13 Uso incorrecto del lenguaje FC14 Dirigido a la(s) persona(s) inadecuada(s) FC15 No se usan los canales de comunicación establecidos, reconocidos (ej: jefe de servicio)
FC2 Comunicación escrita, registros	FC21 Los registros e informes son difíciles de leer FC22 Los datos importantes no se guardan juntos ni están fácilmente accesibles cuando se necesitan FC23 Los datos están incompletos o no actualizados? (ej: disponibilidad de historial clínico, valoración de los riesgos para el paciente,...) FC24 Las circulares no llegan a todos los miembros del equipo FC25 Los comunicados no se dirigen a las personas adecuadas
FC3 Comunicación no verbal	FC31 Aspectos de lenguaje corporal (cerrado, disperso, agresivo, cara severa,...)

FES FACTORES DE EQUIPO Y SOCIALES

FACTORES DE EQUIPO	COMPONENTES
FES1 Congruencia de Rol o función	FES1 No están las funciones, definiciones del rol perfectamente entendidas FES1 No están los roles, funciones claramente definidos
FES2 Liderazgo	FES21 No hay liderazgo efectivo – clínicamente FES22 No hay liderazgo efectivo – administrativamente FES23 El líder no puede dirigir FES24 Las responsabilidades del líder no están claras y/o entendidas FES25 El líder no es respetado
FES3 Apoyo y factores culturales	FES31 No existen mecanismos de apoyo para los trabajadores FES32 Reacción inadecuada del equipo frente a incidentes de seguridad del paciente FES33 Reacción inadecuada del equipo frente a conflictos FES34 Reacción inadecuada del equipo frente a recién llegados FES35 Equipo no abierto no receptivo



DIRECTIVA SANITARIA N°002-HEVES/2024/ UGC/V.03
"DIRECTIVA SANITARIA PARA EL REGISTRO, NOTIFICACIÓN Y GESTIÓN DE INCIDENTES, EVENTOS ADVERSOS Y
EVENTOS CENTINELAS EN EL HOSPITAL DE EMERGENCIAS VILLA EL SALVADOR

FFE FACTORES LIGADOS A FORMACIÓN Y ENTRENAMIENTO

FORMACIÓN Y ENTRENAMIENTO	COMPONENTES
FFE1 Competencia de la formación o entrenamiento	FFE11 Falta de conocimientos adecuados FFE12 Destrezas inadecuadas FFE13 Tiempo de experiencia corto, falta de tiempo FFE14 Calidad de la experiencia no apropiada FFE15 Desconocimiento de la tarea FFE16 Evaluación y valoración inadecuadas
FFE2 Supervisión de la formación o entrenamiento	FFE21 No hay una supervisión adecuada FFE22 No disponibilidad de monitores FFE23 No adecuación de los monitores
FFE3 Disponibilidad / Accesibilidad de la formación o entrenamiento	FFE31 Falta de formación en el propio trabajo FFE32 Falta de formación en Emergencias FFE33 Falta de formación en trabajo en equipo FFE34 Falta de formación Básica FFE35 Falta de cursos de actualización
FFE4 Conveniencia de la formación o entrenamiento	FFE41 Contenidos incorrectos FFE42 Destinatarios incorrectos o sin destinatarios FFE43 Forma de expresión inadecuada FFE44 Horario inadecuado

FER FACTORES LIGADOS A EQUIPAMIENTO Y RECURSOS

EQUIPAMIENTO	COMPONENTES
FER1 Monitores de aparatos	FER11 Información incorrecta FER12 Información inconsistente y/o poco clara FER13 Información ilegible FER14 Con interferencias
FER2 Funcionamiento/ Fiabilidad	FER21 Funcionamiento incorrecto FER22 Tamaño inadecuado FER23 No fiabilidad FER24 Especificaciones de seguridad no efectivas FER25 Programa de mantenimiento inadecuado

FER3 Situación	FER31 Situación o lugar incorrectos para el uso FER32 Almacenamiento adecuado Usabilidad
FER4 Usabilidad/ utilización	FER41 Controles no claros FER42 Manual de usuario inadecuado FER43 Equipamiento no familiar FER44 Nuevo equipo no utilizable. Necesidad de nuevo equipo FER45 Falta de estandarización

CT CONDICIONES DE TRABAJO

Son todos aquellos factores que afectan a la capacidad de trabajar en condiciones óptimas en el puesto de trabajo.

FACTORES DE AMBIENTE DE TRABAJO	COMPONENTES
CT1 Factores administrativos	CT11 Ineficiencia en general de los sistemas administrativos ej: nivel de confianza CT12 Forma inadecuada de requerir datos médicos CT13 Forma incorrecta de encargar medicamentos CT14 No confianza en el apoyo administrativo
CT2 Diseño del entorno fisico	CT21 Diseño inadecuado de oficinas: sillas de ordenador, altura de mesas, pantallas anti-reflejos, pantallas de seguridad, botones anti-pánico, situación de archivadores, lugares de almacenamiento, ... CT22 Diseño de zona incorrecto: longitud, forma, visibilidad, espacioso, estrecho...



DIRECTIVA SANITARIA N°002-HEVES/2024/ UGC/V.03
"DIRECTIVA SANITARIA PARA EL REGISTRO, NOTIFICACIÓN Y GESTIÓN DE INCIDENTES, EVENTOS ADVERSOS Y
EVENTOS CENTINELAS EN EL HOSPITAL DE EMERGENCIAS VILLA EL SALVADOR

CT3 Entorno	CT31 Aspectos domésticos – limpieza inadecuada CT32 Temperatura inadecuada CT33 Iluminación deficiente CT34 Nivel de ruidos excesivo
CT4 Plantilla	CT41 Habilidades o destrezas no adecuadas CT42 Ratio inadecuado del personal/ paciente CT43 Valoración inadecuada de la carga de trabajo CT44 No hay Liderazgo CT45 Uso excesivo de personal temporal CT46 No permanencia de la plantilla / rotación excesiva de plantilla
CT5 Carga de trabajo/ horas de trabajo	CT51 Fatiga ligada a los turnos de trabajo CT52 Sin descansos entre horas de trabajos CT53 Ratio personal/ paciente inapropiado CT54 Tareas ajenas CT55 Sin esparcimiento social, descanso o tiempo de recuperación
CT6 Tiempo	CT61 Retrasos debidos a fallos del sistema o de diseño CT62 Presión de tiempo

FOE FACTORES ORGANIZATIVOS Y ESTRATÉGICOS

Son factores, bien adquiridos, o bien propios de la organización. Pueden permanecer latentes o no ser reconocidos como importantes debido a otros tipos de presión tales como objetivos de actuación externos.

FACTORES ORGANIZATIVOS	COMPONENTES
FOE1 Estructura organizativa	FOE11 No existe estructura jerárquica, conduce a discusiones, problemas no compartidos,... FOE12 No hay responsabilidades claramente delimitadas FOE13 Modelo administrativo frente a modelo clínico
FOE2 Prioridades	FOE21 No Orientadas hacia la seguridad de paciente FOE22 No orientadas a evaluación externa FOE23 Enfocadas en exceso al balance financiero
FOE3 Riesgos externos	FOE11 Ausencia/inadecuación de política de subcontratación/externalización FOE32 Subcontratas con responsabilidad no delegada FOE33 Arrendamiento, subcontratas inadecuadas de equipos
FOE4 Cultura de Seguridad	FOE41 Balance inadecuado seguridad / Eficiencia FOE42 No se siguen de las reglas FOE43 Términos y condiciones inadecuadas en los contratos FOE44 No hay liderazgo basado en el ejemplo (ej: no hay evidencia visible de compromiso con la seguridad del paciente) FOE45 Cultura no abierta, falta de concienciación



FICHA N°00 -202....-SP-UGC-HEVES/ENTREVISTA	
FECHA	
LUGAR	
ENTREVISTADOR	
ENTREVISTADO	
JEFE DE LA UNIDAD DE ORGANIZACIÓN	
I. DESARROLLO: ↓ NARRACIÓN DEL ENTREVISTADO: ↓ IDENTIFICACION DE ACCIONES INSEGURAS: ↓ FACTORES CONTRIBUTIVOS:	
II. ACCIONES DE MEJORA	



ANEXO N° 06: ANÁLISIS DE MODOS DE FALLAS Y EFECTOS (AMFE)

Instrucciones

1) Seleccione un proceso para evaluar con FMEA.

La evaluación con FMEA funciona mejor en procesos que no tienen demasiados subprocesos. Si espera evaluar un proceso grande y complejo, como el manejo de medicamentos en un hospital, divídalo. Por ejemplo, haga FMEA por separado en los procesos de pedido, dispensación y administración de medicamentos.

2) Reclutar un equipo multidisciplinario.

Asegúrese de incluir a todos los involucrados en cualquier momento del proceso. Es posible que algunas personas no necesiten ser parte del equipo a lo largo de todo el análisis, pero sin duda deberían incluirse en las discusiones sobre esos pasos en el proceso en el que están involucradas. Por ejemplo, un hospital puede utilizar correos para transportar medicamentos desde la farmacia a las unidades de enfermería. Sería importante incluir a los correos en el FMEA de los pasos que ocurren durante el transporte en sí, que pueden no ser conocidos por el personal en la farmacia o en la unidad de enfermería.

3) Haga que el equipo enumere todos los pasos del proceso.

Trabaje con un equipo que representa cada punto del proceso que está evaluando, establezca una lista ordenada de todos los pasos del proceso, acordada de manera amistosa.

- o Consejo: Los diagramas de flujo pueden ser una herramienta útil para visualizar un proceso. Obtenga más información en

Plantilla: Análisis de Modos de Fallas y Efectos (FMEA)

Pasos en el Proceso	Modo de Falla	Causas de Falla	Efectos de Falla	Probabilidad de Ocurrencia (1-10)	Probabilidad de Detección (1-10)	Gravedad (1-10)	Número de Perfil de Riesgo (RPN)	Acciones para Reducir la Ocurrencia de Fallas
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								
13								
14								
15								
							RPN Total (suma de todos RPNs):	

Modo de Falla: ¿Qué podría salir mal?
 Causas de Falla: ¿Por qué ocurriría la falla?
 Efectos de Falla: ¿Cuáles serían las consecuencias de la falla?
 Probabilidad de Ocurrencia: 1-10 [10 = muy probable que ocurra]
 Probabilidad de Detección: 1-10 [10 = muy poco probable de detectar]



4) Complete la tabla con su equipo.

En la columna más a la izquierda, ingrese la lista numerada de los pasos en el proceso. Luego, trabaje con los miembros del equipo que participan en pasos específicos y complete las columnas restantes de la siguiente manera:

- **Modo de Falla** [¿Qué podría salir mal?]: Enumere cualquier cosa que pueda salir mal durante ese paso del proceso.
- **Causas de Falla** [¿Por qué ocurriría la falla?]: Enumere todas las causas posibles para cada uno de los modos de falla que ha identificado.
- **Efectos de Falla** [¿Cuáles serían las consecuencias de la falla?]: Enumere todas las posibles consecuencias adversas para cada uno de los modos de falla identificados.
- **Probabilidad de Ocurrencia** (1-10): ¿En una escala de 1-10, siendo 10 la más probable, cuál es la probabilidad de que ocurra el modo de falla?
- **Probabilidad de Detección** (1-10): ¿En una escala de 1-10, siendo 10 el que probablemente NO sea detectado, cuál es la probabilidad de que la falla NO sea detectada si ocurre?
- **Gravedad** (1-10): ¿En una escala de 1-10, siendo 10 la más probable, cuál es la probabilidad de que el modo de falla, si ocurre, cause un daño severo?
- **Número de Perfil de Riesgo (RPN)**: Para cada modo de falla, multiplique los tres puntajes que identificó el equipo (es decir, *probabilidad de ocurrencia x probabilidad de detección x gravedad*). La puntuación más baja posible será 1 y la más alta de 1,000. Para calcular el RPN para todo el proceso, simplemente sume todos los RPN individuales para cada modo de falla.
- **Acciones para Reducir la Ocurrencia de Fallas**: enumere las posibles acciones para mejorar los sistemas de seguridad, especialmente para los modos de falla con los RPN más altos.
 - a) Consejo: Los equipos pueden usar FMEA para analizar cada acción bajo consideración. Calcule cómo cambiaría el RPN si introdujera diferentes cambios en el sistema.

5) Use RPN para planificar esfuerzos de mejora.

Los modos de falla con RPN altos son probablemente las partes más importantes del proceso en las cuales enfocar los esfuerzos de mejora. No es probable que los modos de falla con RPN bajos afecten mucho el proceso general, incluso si se eliminan por completo, por lo que deberían estar al final de la lista de prioridades.

Identifique los modos de falla con los 10 RPN más altos. Estos son los que el equipo debe considerar primero como oportunidades de mejora.

- Use FMEA para planificar acciones para reducir el daño de los modos de falla.
 - a) Si es probable que ocurra el modo de falla:
 - Evalúe las causas y vea si alguna o todas pueden eliminarse.
 - Considere agregar una función de forzamiento (es decir, una restricción física que hace que sea imposible cometer un error, como las salidas de gases médicos que están diseñadas para aceptar solo aquellos medidores que coinciden).



- Agregue un paso de verificación, como verificaciones dobles independientes, códigos de barras en medicamentos o pantallas de alerta.
- Modifique otros procesos que contribuyen a las causas.

b) Si es improbable que se detecte la falla:

- Identifique otros eventos que puedan ocurrir antes del modo de falla y que puedan servir como "indicadores" de que el modo de falla podría ocurrir.
- Agregue un paso al proceso que interviene en el evento anterior para evitar el modo de falla. Por ejemplo, agregue rondas de farmacia para eliminar los medicamentos descontinuados de las unidades de atención al paciente dentro de 1 hora de la interrupción, para disminuir el riesgo de que los medicamentos aún estén disponibles para su uso (el modo de falla).
- Considere alertas tecnológicas como dispositivos con alarmas para alertar a los usuarios cuando los valores se acercan a límites inseguros.

c) Si es probable que la falla cause daños graves:

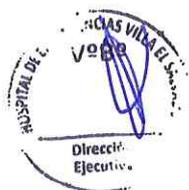
- Identifique con anterioridad las señales de advertencia de que ha ocurrido un modo de falla y capacite al personal para que las reconozca, y así realice una intervención temprana. Por ejemplo, utilice simulacros para capacitar al personal simulando eventos que conducen al fracaso para mejorar la capacidad del personal de reconocer estas advertencias tempranas.
- Proporcione información y recursos, como agentes de reversión o antidotos, en los puntos de atención para eventos que puedan requerir una acción inmediata.

Use FMEA para evaluar el impacto potencial de los cambios bajo consideración.

Los equipos pueden usar FMEA para discutir y analizar cada cambio en consideración y calcular el cambio en RPN si el cambio se implementó. Esto permite al equipo "simular verbalmente" el cambio y evaluar su impacto en un entorno seguro, antes de probarlo en un área de atención al paciente. Algunas ideas que parecen grandes mejoras pueden ser cambios que en realidad aumentarían el RPN estimado.

Use FMEA para monitorear y rastrear la mejora con el tiempo.

Los equipos deben considerar calcular un RPN total para el proceso como se describió anteriormente y luego establecer una meta de mejora. Por ejemplo, un equipo puede establecer la meta de disminuir el RPN total para el proceso de pedido de medicamentos en un 50% desde el inicio.



DIRECTIVA SANITARIA N°002-HEVES/2024/ UGC/V.03
 "DIRECTIVA SANITARIA PARA EL REGISTRO, NOTIFICACIÓN Y GESTIÓN DE INCIDENTES, EVENTOS ADVERSOS
 Y EVENTOS CENTINELAS EN EL HOSPITAL DE EMERGENCIAS VILLA EL SALVADOR

**ANEXO N° 08: LISTA DE CATEGORÍAS Y TIPOS DE EVENTOS ADVERSOS Y EVENTOS
 CENTINELA VIGILADOS EN EL HEVES**

EVENTOS ADVERSOS	
CATEGORIA	TIPO
1.-Relacionados con los cuidados	Actos impropios de naturaleza sexual contra pacientes
	Agresiones y/o autolesiones
	Caída de paciente con daño
	Edema Agudo de Pulmón (EAP) e insuficiencia respiratoria
	Extravasación de vía endovenosa
	Distress respiratorio por extubación
	Manejo inadecuado de bolsa colectora de orina
	Úlcera por presión
Otros: Registrar en caso no encuentre la opción que corresponde al suceso	

CATEGORIA	TIPO
2.-Relacionado con la medicación	ACV-Tromboembolismo Pulmonar (TEP) por medicamentos
	Alteraciones neurológicas por fármacos
	Desequilibrio de electrolitos iatrogénicos
	Deterioro de la función renal por dosis excesiva
	Edema pulmonar pos sobrehidratación
	Encefalopatía por oxigenación inadecuada
	Error en la medicación (Prescripción, dispensación y administración)
	Eventos supuestamente atribuidos a la vacunación e inmunización - ESAVI
	Hemorragia digestiva
	Hemorragia por anticoagulación
	Hipoglucemia por manejo inadecuado de tratamiento con insulina
	Hipotensión arterial por medicamento
	Hipoxia fetal en parto por uso de oxitocina
	Infección oportunista por tratamiento inmunosupresor o antibióticos
	Náuseas, vómitos y/o diarreas por fármacos
	Paciente Erróneo
	Medicamento erróneo
	Dosis o frecuencia incorrecta del medicamento
	Prescripción o presentación errónea
	Vía errónea
	Cantidad errónea
	Contraindicación
	Omisión de medicamentos o de dosis
	Medicamento caducado
	Reacción adversa a medicamentos Antiretrovirales
	Reacción adversa a medicamentos Antituberculosos
	Reacción adversa a medicamentos u otros productos farmacéuticos
Otros: Registrar en caso no encuentre la opción que corresponde al suceso	

CATEGORIA	TIPO
3.-Relacionado con las infecciones asociados a la atención en salud	Absceso secundario a inyección IM
	Corioamnionitis
	Endometritis
	Flebitis asociada a Catéter Venoso Periférico
	Infección de prótesis ortopédicas
	Infección de sitio quirúrgico
	Infección del Torrente Sanguíneo asociado a catéter venoso central, sonda/drenaje urológico u otros
	Infección secundaria a derivación ventrículo peritoneal por hidrocefalia
	Neumonía intrahospitalaria
	Tejidos Blandos
Otros: Registrar en caso no encuentre la opción que corresponde al suceso	

CATEGORIA	TIPO
4.-Relacionado con los procedimientos	Cefalohematoma
	Retención no intencional de un objeto extraño dentro de un paciente luego de una cirugía o procedimiento invasivo.



DIRECTIVA SANITARIA N°002-HEVES/2024/ UGC/V.03
"DIRECTIVA SANITARIA PARA EL REGISTRO, NOTIFICACIÓN Y GESTIÓN DE INCIDENTES, EVENTOS ADVERSOS
Y EVENTOS CENTINELAS EN EL HOSPITAL DE EMERGENCIAS VILLA EL SALVADOR

Caput sucedaneum
Cirugía en el lugar equivocado del cuerpo
Cirugía en paciente equivocado
Cuerpo extraño intra abdominal quirúrgico
Cefalea Post punción de duramadre
Cefalea Post punción lumbar
Dehiscencia post cesárea
Dehiscencia de sutura en episiorrafia
Dehiscencia de herida operatoria
Desgarro perineal grado III -IV
Desgarro Vaginal
Encefalopatía hipóxica
Eventración o evisceración
Fractura durante atención del recién nacido
Hematoma post parto (de pared, episiorrafia)
Hematoma post procedimiento
Hemorragia intra y/o post operatoria
Hemotorax post procedimiento
Lesión de plexo braquial de Recién Nacido
Lesión en un órgano durante intervención quirúrgica
Hemorragia o hematoma relacionados con intervención quirúrgica o procedimiento
Neumotórax
Perforación uterina
Quemadura por uso de electrocauterio
Retención de membranas
Trombo embolismo pulmonar post cirugía
Trombosis venosa profunda post cirugía
Lesiones en un órgano durante un procedimiento.
No se hizo cuando estaba indicado
Incompleto/inadecuado
No disponible
Proceso/tratamiento/procedimiento erróneo
Otros: Registrar en caso no encuentre la opción que corresponde al suceso

CATEGORIA	TIPO
5.-Relacionados con sangre/productos sanguíneos	Paciente erróneo
	Sangre / Producto sanguíneo erróneo
	Dosis o frecuencia errónea
	Cantidad incorrecta
	Información/instrucciones de dispensación erróneas
	Contraindicación
	Condiciones de conservación inadecuadas
	Omisión de medicación o la dosis
	Sangre/ producto sanguíneo caducado
	Registro de datos
	Resultados
	Otros: Registrar en caso no encuentre la opción que corresponde al suceso

CATEGORIA	TIPO
6.- Relacionados con la nutrición	Paciente erróneo
	Gas/vapor erróneo
	Dieta errónea
	Cantidad errónea
	Frecuencia errónea
	Consistencia errónea
	Condiciones de conservación Inadecuadas
	Otros: Registrar en caso no encuentre la opción que corresponde al suceso

CATEGORIA	TIPO
7.- Relacionados con el oxígeno/gases/vapores	Paciente erróneo
	Velocidad/concentración/caudal errónea
	Modo de administración erróneo



DIRECTIVA SANITARIA N°002-HEVES/2024/ UGC/V.03
"DIRECTIVA SANITARIA PARA EL REGISTRO, NOTIFICACIÓN Y GESTIÓN DE INCIDENTES, EVENTOS ADVERSOS
Y EVENTOS CENTINELAS EN EL HOSPITAL DE EMERGENCIAS VILLA EL SALVADOR

	Contraindicación
	Condiciones de conservación inadecuadas
	Ausencia de administración
	Contaminación
	Otros: Registrar en caso no encuentre la opción que corresponde al suceso

CATEGORIA	TIPO
8.- Relacionados con dispositivo médico / equipo/bien	Incidente Adverso a Dispositivos Médicos
	Presentación/envasado deficiente
	Falta de disponibilidad
	Avería/mal funcionamiento
	Equipo y bien no idóneo
	Desplazamiento/conexión incorrecta/retirada
	Error del usuario
	Otros: Registrar en caso no encuentre la opción que corresponde al suceso

CATEGORIA	TIPO		
9.- Relacionados con accidentes del paciente	Fuerza penetrante	no	Contacto con objeto o animal
			Contacto con persona
			Aplastamiento
			Abrasión/roce
	Fuerza punzante/penetrante		Rasguño/corte/desgarro/sección
			Pinchazo/herida punzante
			Mordedura/picadura/inoculación de veneno de animal
	Otra fuerza mecánica		Otra fuerza punzante/penetrante especificada
			Afectado por una explosión
			Contacto con maquinaria
			Calor excesivo/fuego
			Amenaza mecánica para la respiración
			Intoxicación por producto químico u otra sustancia
		Exposición a electricidad /radiación	
	Exposición a sonido/vibración		
	Otros: Registrar en caso no encuentre la opción que corresponde al suceso		

CATEGORIA	TIPO
10.- Otros	(Registrar en caso no encuentre la CATEGORIA relacionada con el suceso presentado)



DIRECTIVA SANITARIA N°002-HEVES/2024/ UGC/V.03
"DIRECTIVA SANITARIA PARA EL REGISTRO, NOTIFICACIÓN Y GESTIÓN DE INCIDENTES, EVENTOS ADVERSOS Y EVENTOS CENTINELAS EN EL HOSPITAL DE EMERGENCIAS VILLA EL SALVADOR

EVENTOS CENTINELA	
CATEGORIA	TIPO
1. Relacionado con los cuidados	Muerte o lesión grave de un paciente asociada a caída de la cama o camilla mientras es atendido en una IPRESS
	Muerte o grave lesión de un paciente asociada con una quemadura producida por cualquier fuente, durante la estancia en la IPRESS.
	Suicidio de un paciente o intento de suicidio que resulta en una grave discapacidad
	Entregar un paciente de cualquier edad, que no es capaz de tomar decisiones por sí mismo, a personas no autorizadas.
	Otros: Registrar en caso no encuentre la opción que corresponde al suceso
2. Relacionado con la medicación	Muerte o lesión grave de un paciente, asociada a errores de la administración: fármaco equivocado, dosis equivocada, paciente equivocado, tiempo equivocado, frecuencia equivocada, preparación equivocada, vía de administración equivocada
	Muerte o lesión grave asociada a la administración de productos farmacéuticos o dispositivos contaminados/vencidos/deteriorados/falsificados/sin registro sanitario provisto en la IPRESS.
	Muerte o lesión grave asociada a la administración de sangre o hemoderivados sin el sello de calidad de PRONAHEBAS.
	Transfusión de grupo y factores equivocados
	Hemorragia por anticoagulación
	Hemolisis post- transfusional
	Infección por VIH o Hepatitis B post transfusional
	Muerte o lesión grave ocasionada en un paciente por el uso inadecuado del sistema de administración de oxígeno u otro gas medicinal.
	Otros: Registrar en caso no encuentre la opción que corresponde al suceso
3.- Relacionados a los procedimientos	Cirugía u otro procedimiento invasivo realizada en la zona anatómica equivocada
	Cirugía u otro procedimiento invasivo no indicado en el paciente
	Muerte o Lesiones severas en el recién nacido asociada a la falta de diligencia en la atención del trabajo de parto de la IPRESS
	Muerte o lesión grave de un paciente asociada a cirugías o procedimientos realizados
	Muerte o lesión grave de un paciente asociada con el uso o funcionamiento de un dispositivo, insumo médico, o su utilización en pacientes con fines diferentes a los de su naturaleza
	Fallecimiento inesperado de un paciente como consecuencia de una cirugía u otro procedimiento.
	Asfixia Neonatal
	Fallecimiento de un recién nacido a término sin patología previa
	Paro cardiorespiratorio relacionado con la anestesia
	Hemorragia o hematoma relacionado con la intervención quirúrgica o procedimiento.
	Eventración o evisceración
	Complicaciones Neonatales por parto.
	Otros: Registrar en caso no encuentre la opción que corresponde al suceso
4. Relacionados con el Diagnostico	Muerte Materna evitable
	Muerte o lesión grave de un paciente como resultado de la falta de diligencia en el seguimiento del caso o seguimiento de los resultados exámenes de ayuda al diagnóstico y tratamiento.
	Pérdida de función permanente no relacionada con la evolución
	Muerte o lesión grave en el paciente o personal asociado con la introducción de objetos metálicos en área del Resonador Magnético Nuclear.
Otros: Registrar en caso no encuentre la opción que corresponde al suceso	
5. Relacionado con infecciones asociadas a la atención de salud	Sepsis o shock séptico por infección nosocomial
	Muerte por infección nosocomial
	Otros: Registrar en caso no encuentre la opción que corresponde al suceso
6. Otros	(Registrar en caso no encuentre la CATEGORIA relacionada con el suceso presentado)





Esta es una copia auténtica imprimible de un documento electrónico archivado por el HEVES, aplicando lo dispuesto por el Art. 25 de D.S. 070-2013PCM y la Tercera Disposición Complementaria Final del D.S. 026-2016-PCM. Su autenticidad e integridad pueden ser contrastadas a través de la lectura del código QR o el siguiente enlace:
<https://tramite.heves.gob.pe/consulta/diFile?var=t8GFuYOAfiWzqL%2FAj2W3qHi1iXCCr66Swo9hYGGol52kYFOig3e3Yml1xKeGnHVaxqDUxQ%3D%3D>